Zu Bedingungen und Wirkungen allgemeiner Rehabilitationsmaßnahmen und besonderer psychologischer Behandlungsverfahren, vor allem für Patienten mit psychosomatisch-psychovegetativen Störungen

Empirisch-theoretischer Bezugsrahmen und eigene Untersuchungen an Patienten der LVA-Kurklinik Buching mit Vergleichen zu einer unbehandelten Vergleichsgruppe sowie einer BfA-Kurpatienten-Gruppe

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde
der Philosophischen Fakultäten
der Albert-Ludwigs-Universität
zu Freiburg i. Br.

vorgelegt von
Albert Michael Fersching
aus Odenheim

Freiburg 1981

Zu Bedingungen und Wirkungen allgemeiner Rehabilitationsmaßnahmen und besonderer psychologischer Behandlungsverfahren, vor allem für Patienten mit psychosomatisch-psychovegetativen Störungen

Empirisch-theoretischer Bezugsrahmen und eigene Untersuchungen an Patienten der LVA-Kurklinik Buching mit Vergleichen zu einer unbehandelten Vergleichsgruppe sowie einer BfA-Kurpatienten-Gruppe

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde
der Philosophischen Fakultäten
der Albert-Ludwigs-Universität
zu Freiburg i. Br.

vorgelegt von
Albert Michael Fersching
aus Odenheim

Freiburg 1981

Referent:	Prof. Dr. J. Fahrenberg
Korreferent:	Prof. Dr. U. Koch
Sprecher:	Prof. Dr. F. Buggle
Tag der Promotion:	13. Februar 1981

INHALTSVERZEICHNIS

		Seite
1	Einführung und Übersicht	1

THEORETISCHER TEIL

2	Begriffliche und institutionelle Grundlagen	7
2.1	Zu Begriff und Bedeutung von Prävention und Rehabilitation	7
2.2	Träger und Maßnahmen der Prävention und Rehabilitation	10
2.2.1	Das Heilverfahren bzw. die Kur	14
2.2.1.1	Definitionen, Formen, Aufgaben	14
2.2.1.2	Zur Häufigkeit und Verteilung der stationären Heilverfahren der Rentenversicherungsträger	17
2.3	Definitionen zu psychosomatischen Krankheiten und Störungen sowie psychischen Belastungen, zu Krankheits- bzw. Gesundheitsverhalten, zu Psychotherapie bzw. psychotherapeutisch-psychologischen Rehabilitationsmaßnahmen, Gesundheitserziehung und Rehabilitations- bzw. Kurerfolg	18
3	Zur Theorie und Praxis der Rehabilitation, einschließlich Prävention, und zum Beitrag der Psychologie	25
3.1	Interdisziplinäres Zusammenwirken als Aufgabe	25
3.2	Zum Beitrag der Präventions- und Rehabilitationspsychologie	30
3.3	Probleme und Ansätze der Präventions- und Rehabilitationsforschung unter besonderer Berücksichtigung psychologischer Forschung im Bereich stationärer Heilverfahren	32
4	Voraussetzungen, Möglichkeiten und Grenzen psychotherapeutischer Rehabilitationsmaßnahmen unter besonderer Bezugnahme auf stationäre Heilverfahren für Patienten mit psychovegetativen Störungen	47

Seite

4.1 Einführung und Übersicht 47

4.2 Warum psychotherapeutische Rehabilitationsmaßnahmen? 49

4.2.1 Grenzen psychotherapeutischer Rehabilitationsmaßnahmen 50

4.2.2 Voraussetzungen und Begründungen psychotherapeutischer Rehabilitationsmaßnahmen 54

4.2.2.1 Psychosoziale Belastungen und psychosomatische Störungen von Patienten 54

4.2.2.2 Probleme des Gesundheitsverhaltens 57

4.2.2.3 Sozialethische Zielsetzungen stationärer Heilmaßnahmen und psychotherapeutische Rehabilitationsmaßnahmen 58

4.2.2.4 Sozialpsychologisch relevante Bedingungen 60

4.3 Probleme der Diagnostik und Indikation im Hinblick auf psychotherapeutische Rehabilitationsmaßnahmen 68

4.4 Ziele, Ansatzpunkte und Methoden sowie Ergebnisse psychotherapeutischer Rehabilitationsmaßnahmen 73

5 Modelle der psychosomatischen Krankheitslehre und Entwicklungen im Rahmen der Psychotherapieforschung als Bezugsrahmen für psychotherapeutische Rehabilitationsmaßnahmen 88

5.1 Einführung 88

5.2 Relevante Modelle der psychosomatischen Krankheitslehre im Hinblick auf die psychologische Behandlung psychosomatischer Krankheiten und Störungen 89

5.3 Zu Diagnostik- und Indikationsfragen, Ansatzpunkten, Methoden und Ergebnissen der Psychotherapie bei psychosomatischen Krankheiten und Störungen 97

5.4 Besondere Aspekte des Gesundheitsverhaltens als aktueller Gegenstand der Psychotherapieforschung 124

6 Zusammenfassung, Kommentar und Folgerungen 126

Seite

EMPIRISCHER TEIL

7	Zielsetzungen, Fragestellungen und Übersicht zum empirischen Teil	137
8	Beschreibung der Methoden- und Variablenbereiche	144
8.1	Gesichtspunkte zur Auswahl, Abfassung und Darstellung der Methoden- und Variablenbereiche	144
8.2	Darstellung der einzelnen Methoden- und Variablenbereiche	147
8.2.1	Anamnestischer und Katamnestischer Erhebungsbogen, Psychologisches Interview	147
8.2.1.1	Anamnestischer Erhebungsbogen	147
8.2.1.2	Katamnestischer Erhebungsbogen	149
8.2.1.3	Psychologisches Interview	150
8.2.2	Methodische Verfahren zur Erfassung subjektiver Einstellungen, Erwartungen und Bewertungen der Patienten in bezug auf Heilmaßnahmen	156
8.2.2.1	Fragebogen Einstellung zur Kur EzK	157
8.2.2.2	Fragebogen Beurteilung der Kur BdK	158
8.2.3	Fragebogen zur Erfassung subjektiver Krankheitskonzepte und Behandlungsvorstellung KKB	158
8.2.4	Fragebogen Hypochondrie und Gesundheitsverhalten HG	161
8.2.5	Inventare zur Erfassung von Persönlichkeitsvariablen	162
8.2.5.1	Freiburger Persönlichkeits-Inventar FPI	163
8.2.5.2	Buchinger Persönlichkeits-Inventar BPI	163
8.2.6	Freiburger Beschwerdenliste FBL	164
8.2.7	Adjektiv-Skalen zur Einschätzung der Stimmung SES	165
8.2.8	Fragebogen zur Erfassung subjektiver psychosozialer Belastungen im Zusammenhang mit Ehe, Familie und Beruf BFB	167

Seite

8.2.9 Einschätzung der Patienten durch den Gruppenarzt und die Gruppenbetreuerin (Arzt- und Betreuerin-Rating) 171

8.2.10 Medizinische Daten 172

9 Hypothesen zu ausgewählten Fragestellungen 174

9.1 Vorbemerkungen 174

9.2 Hypothesen zu einzelnen Fragestellungen 175

9.2.1 Hypothesen zu Frage 2: Lassen sich geschlechts- und altersabhängige Merkmalsausprägungen in den verschiedenen Variablen im interindividuellen Vergleich feststellen? 175

9.2.1.1 Fragebogen Einstellung zur Kur EzK, Beurteilung der Kur BdK 175

9.2.1.2 Fragebogen zur Erfassung subjektiver Krankheitskonzepte und Behandlungsvorstellungen KKB 176

9.2.1.3 Freiburger Persönlichkeits-Inventar FPI; Buchinger Persönlichkeits-Inventar BPI 177

9.2.1.4 Freiburger Beschwerdenliste FBL; Adjektiv-Skalen zur Einschätzung der Stimmung SES 178

9.2.1.5 Fragebogen zur Erfassung subjektiver psychosozialer Belastungen im Zusammenhang mit Ehe, Familie und Beruf BFB 180

9.2.2 Hypothese zu Frage 4: Unterscheiden sich Patienten verschiedener Diagnosegruppen, insbesondere mit und ohne der Diagnose "Psychovegetatives Syndrom", in den verschiedenen Variablenbereichen? 181

9.2.3 Hypothesen zu Frage 7: Sind das Ausmaß subjektiver Beschwerden und subjektiver psychosozialer Belastungen sowie die Art der Ausprägung verschiedener Persönlichkeitsmerkmale Indikatoren für "Kurbedürftigkeit"? Vergleich zwischen der Patientengruppe und einer Vergleichsgruppe 183

9.2.3.1 Freiburger Beschwerdenliste FBL; Adjektiv-Skalen zur Einschätzung der Stimmung SES; Fragebogen Hypochondrie und Gesundheitsverhalten HG; Freiburger Persönlichkeits-Inventar FPI, Fragebogen zur Erfassung subjektiver psychosozialer Belastungen im Zusammenhang mit Ehe, Familie und Beruf BFB 183

Seite

9.2.3.2 Krankheitsbedingte Fehlzeiten 185

9.2.4 Hypothesen zu Frage 10: In welcher Richtung und in welchem Ausmaß lassen sich in den verschiedenen Variablenbereichen der LVA-Kurpatienten zum Kurende und bei einer ein halbes Jahr später stattfindenden katamnestischen Untersuchung Veränderungen feststellen? Welche Veränderungen, die als Behandlungseffekte bezeichnet werden können, erweisen sich dabei als eher stabil? 188

9.2.4.1 Freiburger Persönlichkeits-Inventar FPI, Buchinger Persönlichkeits-Inventar BPI, Fragebogen zur Erfassung subjektiver psychosozialer Belastungen im Zusammenhang mit Ehe, Familie und Beruf BFB 188

9.2.4.2 Freiburger Beschwerdenliste FBL; Adjektiv-Skalen zur Einschätzung der Stimmung SES 191

9.2.4.3 Medizinische Variablen 192

9.2.4.4 Anamnestisch-katamnestische Variablen 193

9.2.5 Hypothese zu Frage 11: Inwieweit lassen sich in den Variablenbereichen der Vergleichsgruppe (zur LVA-Kurpatientenstichprobe) zwischen zwei, dem Kuranfang und Kurende ungefähr vergleichbaren Untersuchungszeitpunkten Veränderungen feststellen? Finden diese Veränderungen in einem weniger bedeutsamen Ausmaß als bei den Patienten, die an einem Heilverfahren teilnehmen, statt? 194

9.2.6 Hypothese zu Frage 12: Unterscheiden sich die Behandlungseffekte der LVA-Kurpatienten, die während des Heilverfahrens eine zusätzliche psychologische Behandlung erhalten haben, von den Effekten bei Patienten ohne eine solche zusätzliche Behandlung? 195

10 Beschreibung der Stichprobe 197

10.1 Vorbemerkungen 197

10.2 Gruppe der LVA-Kurpatienten 197

10.3 Vergleichsgruppe 200

Seite

11	Beschreibung von Kurklinik und stationären Heilmaßnahmen	202
11.1	Die zusätzliche psychologische Behandlung	205
12	Untersuchungsplan und statistisches Auswertungsdesign	212
12.1	Vorbemerkungen	212
12.2	Plan und Durchführung der Untersuchungen	212
12.3	Statistisches Auswertungsdesign	217
13	Ergebnisse zu Frage 1: Anhand welcher Dimensionen lassen sich die neu- bzw. weiterzuentwickelnden methodischen Verfahren beschreiben, wenn in den vergleichbaren Verfahren die Daten sowohl der LVA- als auch der BfA-Patienten zugrundegelegt werden? Welche itemanalytischen Kennwerte ergeben sich auf der Basis dieser Dimensionen?	231
13.1	Vorbemerkungen	231
13.2	Ergebnisse aus den faktorenanalytischen Auswertungen zu einzelnen methodischen Verfahren	236
13.2.1	Ergebnisse aus den Faktorenanalysen zum Anamnestischen Erhebungsbogen	236
13.2.1.1	Vorbemerkungen	236
13.2.1.2	Anamnestischer Erhebungsbogen - Version 1	237
13.2.1.3	Anamnestischer Erhebungsbogen - Version 2	240
13.2.2	Ergebnisse aus den Faktorenanalysen zum Katamnestischen Erhebungsbogen	243
13.2.3	Ergebnisse aus den Faktorenanalysen zum Psychologischen Interview	248
13.2.4	Ergebnisse aus den Faktorenanalysen zum Fragebogen Einstellung zur Kur EzK	252
13.2.5	Ergebnisse aus den Faktorenanalysen zum Fragebogen Beurteilung der Kur BdK	255
13.2.6	Ergebnisse aus den Faktorenanalysen zum Fragebogen zur Erfassung subjektiver Krankheitskonzepte und Behandlungsvorstellungen KKB	258

Seite

13.2.7 Ergebnisse aus den Faktorenanalysen zum Fragebogen Hypochondrie und Gesundheitsverhalten HG 261

13.2.8 Ergebnisse aus den Faktorenanalysen zum Fragebogen zur Erfassung subjektiver psychosozialer Belastungen im Zusammenhang mit Ehe, Familie und Beruf BFB 262

13.2.9 Ergebnisse aus den Faktorenanalysen zum Fragebogen Einschätzung der Patienten durch den Gruppenarzt und die Gruppenbetreuerin (Arzt- und Betreuerin-Rating) 265

13.3 Ergebnisse aus der itemanalytischen Auswertung zu verschiedenen Fragebogen 267

13.3.1 Ergebnisse aus der itemanalytischen Auswertung zum Psychologischen Interview 267

13.3.1.1 Vorbemerkung 267

13.3.1.2 Ergebnisse aus der Itemanalyse 267

13.3.2 Ergebnisse aus der itemanalytischen Auswertung zu den Fragebogen Einstellung zur Kur EzK und Beurteilung der Kur BdK 268

13.3.3 Ergebnisse aus der itemanalytischen Auswertung zu dem Fragebogen Freiburger Beschwerdenliste FBL 270

13.3.4 Ergebnisse aus der itemanalytischen Auswertung zu dem Fragebogen zur Erfassung subjektiver Krankheitskonzepte und Behandlungsvorstellungen KKB 271

13.3.5 Ergebnisse aus der itemanalytischen Auswertung zu dem Fragebogen Hypochondrie und Gesundheitsverhalten HG 272

13.3.6 Ergebnisse aus der itemanalytischen Auswertung zu den Adjektiv-Skalen zur Einschätzung der Stimmung SES 272

13.3.7 Ergebnisse aus der itemanalytischen Auswertung zu dem Fragebogen zur Erfassung subjektiver psychosozialer Belastungen im Zusammenhang mit Ehe, Familie und Beruf BFB 273

13.3.8 Ergebnisse aus der itemanalytischen Auswertung zum Fragebogen Einschätzung der Patienten durch den Gruppenarzt und die Gruppenbetreuerin (Arzt- und Betreuerin-Rating) 274

Seite

13.4 Diskussion 275

13.5 Zusammenfassung 278

14 Ergebnisse zu Frage 2: Lassen sich geschlechts- und altersabhängige Merkmalsausprägungen in den verschiedenen Variablen im interindividuellen Vergleich feststellen? 281

14.1 Vorbemerkungen 281

14.2 Fragebogen Einstellung zur Kur EzK, Beurteilung der Kur BdK und katamnestische Beurteilung der Kur 282

14.2.1 Ergebnisse 282

14.2.2 Diskussion 284

14.2.3 Hypothesenprüfung 285

14.3 Fragebogen zur Erfassung subjektiver Krankheitskonzepte und Behandlungsvorstellungen KKB 285

14.3.1 Ergebnisse 285

14.3.2 Diskussion 286

14.3.3 Hypothesenprüfung 287

14.4 Fragebogen Hypochondrie und Gesundheitsverhalten HG 287

14.4.1 Ergebnisse 287

14.4.2 Diskussion 288

14.5 Freiburger Persönlichkeits-Inventar FPI und Buchinger Persönlichkeits-Inventar BPI 288

14.5.1 Ergebnisse 288

14.5.2 Diskussion 289

14.5.3 Hypothesenprüfung 290

14.6 Freiburger Beschwerdenliste FBL und Adjektiv-Skalen zur Einschätzung der Stimmung SES 290

14.6.1 Ergebnisse 290

14.6.2 Diskussion 291

Seite

14.6.3 Hypothesenprüfung 292

14.7 Fragebogen zur Erfassung subjektiver psychosozialer Belastungen im Zusammenhang mit Ehe, Familie und Beruf BFB 292

14.7.1 Ergebnisse 292

14.7.2 Diskussion 293

14.8 Einschätzung der Patienten durch den Gruppenarzt und die Gruppenbetreuerin (Arzt- und Betreuerin-Rating) 294

14.8.1 Ergebnisse und Diskussion 294

14.9 Anamnestischer Erhebungsbogen, Katamnestischer Erhebungsbogen, Psychologisches Interview, medizinische Variablen 297

14.9.1 Ergebnisse in den einzelnen Variablenbereichen 297

14.9.1.1 Anamnestischer Erhebungsbogen 297

14.9.1.2 Katamnestischer Erhebungsbogen 299

14.9.1.3 Psychologisches Interview 301

14.9.1.4 Medizinische Variablen 303

14.9.2 Diskussion 303

14.10 Zusammenfassung 305

15 Ergebnisse zu Frage 3: Lassen sich in den einzelnen Variablenbereichen unterschiedliche Ausprägungen feststellen, wenn zwischen Patienten nach dem Ausmaß ihrer im Psychologischen Interview eingeschätzten psychischen und psychosozialen Belastung unterschieden wird? 309

15.1 Vorbemerkungen 309

15.2 Darstellung interindividueller Unterschiede aufgrund des Belastungsratings in den einzelnen Variablenbereichen 312

15.2.1 Fragebogen Einstellung zur Kur EzK, Beurteilung der Kur BdK und katamnestische Beurteilung der Kur 312

Seite

15.2.2 Fragebogen zur Erfassung subjektiver Krankheitskonzepte und Behandlungsvorstellungen KKB 313

15.2.3 Fragebogen Hypochondrie und Gesundheitsverhalten HG 313

15.2.4 Freiburger Persönlichkeits-Inventar und Buchinger Persönlichkeits-Inventar BPI 314

15.2.5 Freiburger Beschwerdenliste FBL 315

15.2.6 Adjektiv-Skalen zur Einschätzung der Stimmung SES 315

15.2.7 Fragebogen zur Erfassung subjektiver psychosozialer Belastungen im Zusammenhang mit Ehe, Familie und Beruf BFB 316

15.2.8 Einschätzung der Patienten durch den Gruppenarzt und die Gruppenbetreuerin (Arzt- und Betreuerin-Rating) 316

15.2.9 Anamnestischer Erhebungsbogen, Katamnestischer Erhebungsbogen, Psychologisches Interview, medizinische Variablen 317

15.3 Diskussion 320

15.4 Zusammenfassung 324

16 Ergebnisse zu Frage 4: Unterscheiden sich Patienten verschiedener Diagnosegruppen, insbesondere Patienten mit und ohne der Diagnose "Psychovegetatives Syndrom" in den verschiedenen Variablenbereichen? 326

17 Ergebnisse zu Frage 5: Lassen sich im interindividuellen Vergleich Unterschiede zwischen Patienten, die zum ersten Mal an einem Heilverfahren teilnehmen (Erstkurgänger) und Patienten, die zum wiederholten Male an einem Heilverfahren teilnehmen (Kurwiederholer),auffinden ? 329

17.1 Vorbemerkungen 329

17.2 Darstellung interindividueller Unterschiede zwischen Erstkurgängern und Kurwiederholern in den einzelnen Variablenbereichen 330

Seite

17.2.1 Fragebogen Einstellung zur Kur EzK, Beurteilung der Kur BdK und katamnestische Beurteilung der Kur 330

17.2.2 Fragebogen zur Erfassung subjektiver Krankheitskonzepte und Behandlungsvorstellungen KKB 330

17.2.3 Fragebogen Hypochondrie und Gesundheitsverhalten HG 331

17.2.4 Freiburger Persönlichkeits-Inventar FPI und Buchinger Persönlichkeits-Inventar BPI 331

17.2.5 Freiburger Beschwerdenliste FBL 331

17.2.6 Adjektiv-Skalen zur Einschätzung der Stimmung SES 332

17.2.7 Fragebogen zur Erfassung subjektiver psychosozialer Belastungen im Zusammenhang mit Ehe, Familie und Beruf BFB 332

17.2.8 Einschätzung der Patienten durch den Gruppenarzt und die Gruppenbetreuerin (Arzt- und Betreuerin-Rating) 332

17.2.9 Anamnestischer Erhebungsbogen, Katamnestischer Erhebungsbogen, Psychologisches Interview, medizinische Variablen 333

17.3 Diskussion 336

17.4 Zusammenfassung 338

18 Ergebnisse zu Frage 6: Ergeben sich unterschiedliche Variablenausprägungen in Abhängigkeit von Unterschieden in den familiären und beruflichen Bedingungen der Patienten (wie etwa Familienstand, Kinderzahl, Berufsausbildung und Berufstätigkeit)? 340

18.1 Vorbemerkungen 340

18.2 Darstellung interindividueller Unterschiede aufgrund unterschiedlicher familiärer und beruflicher Bedingungen 342

18.2.1 Psychologische Fragebogen 342

18.2.2 Anamnestischer Erhebungsbogen, Katamnestischer Erhebungsbogen, Psychologisches Interview 346

Seite

18.2.3	Medizinische Variablen	353
18.3	Diskussion	354
18.4	Zusammenfassung	357
19	Ergebnisse zu Frage 7: Sind das Ausmaß subjektiver Beschwerden und psychosozialer Belastungen sowie die Art der Ausprägungen verschiedener Persönlichkeitsmerkmale Indikatoren für "Kurbedürftigkeit"?	363
19.1	Vorbemerkungen zur Vergleichbarkeit von LVA-Kurpatienten-Stichprobe und Vergleichsgruppe und Darstellung des interindividuellen Vergleichs in Variablen des Anamnestischen Erhebungsbogens	363
19.2	Vergleich zwischen der Stichprobe der LVA-Kurpatienten und der Vergleichsgruppe in den Variablen der psychologischen Fragebogen Hypochondrie und Gesundheitsverhalten HG, Freiburger Persönlichkeits-Inventar FPI, Freiburger Beschwerdenliste FBL, Adjektiv-Skalen zur Einschätzung der Stimmung SES und Fragebogen zur Erfassung subjektiver psychosozialer Belastungen im Zusammenhang mit Ehe, Familie und Beruf BFB	369
19.3	Diskussion	371
19.4	Hypothesenprüfung	374
19.5	Zusammenfassung	375
20	Ergebnisse zu Frage 8: Welche dimensionsanalytischen Zusammenhänge finden sich pro Erhebungstermin zwischen den verschiedenen Variablenbereichen?	377
20.1	Vorbemerkungen	377
20.2	Faktorenanalytische Auswertungen zu den verschiedenen Variablenbereichen	381
20.2.1	Faktorenanalysen der Variablen psychologischer Fragebogen (ohne EzK und BdK) zu den einzelnen Erhebungszeitpunkten für die Stichprobe der LVA-Kurpatienten	381
20.2.1.1	Faktorenanalysen der Ausprägungen psychologischer Fragebogenvariablen zum 1. Termin	381

Seite

20.2.1.2 Faktorenanalysen der Ausprägungen psychologischer Fragebogenvariablen zum 2. Termin 385

20.2.1.3 Faktorenanalysen der Ausprägungen psychologischer Fragebogenvariablen zum 3. Termin 387

20.2.2 Faktorenanalysen der Variablen der psychologischen Fragebogen zum 1. Erhebungstermin, zusätzlich der drei EzK- und der drei Interviewvariablen, für die LVA-Kurpatientenstichprobe 388

20.2.3 Faktorenanalysen der Variablen der psychologischen Fragebogen zum 2. Erhebungstermin, einschließlich der (zum Termin vorliegenden) BdK-Variablen und der Variablen des Gruppenarzt- und Gruppenbetreuerin-Ratings 391

20.2.4 Faktorenanalysen zu den sowohl von der LVA-Kurpatienten- als auch von der Vergleichsgruppenstichprobe vorliegenden psychologischen Variablen 394

20.2.5 Faktorenanalysen der Variablen der psychologischen Fragebogen, der EzK- und Interview-Variablen, der Kennwerte des Anamnestischen Erhebungsbogens, der medizinischen Kennwerte, und zwar jeweils aus dem 1. Erhebungstermin, außerdem der (dichotomisierten Variablen der zusätzlichen psychologischen Behandlung und der Hauptdiagnose) 399

20.2.6 Ergebnisse aus den Faktorenanalysen Variablen des Katamnestischen Erhebungsbogens und der psychologischen Fragebogen aus der katamnestischen Untersuchung (und zu einzelnen Variablen des Anamnesebogens) 406

20.3 Diskussion 411

20.4 Zusammenfassung 429

21 Ergebnisse zu Frage 9: Welche Zusammenhänge finden sich zwischen Art und Häufigkeit der "life events" und den psychosozialen Belastungen? 432

21.1 Vorbemerkungen 432

21.2 Darstellung der Beziehungen zwischen der Art der life events und der damit verbundenen subjektiven Bewertung sowie den BFB-Variablen 433

Seite

21.3 Diskussion 434

21.4 Zusammenfassung 436

22 Ergebnisse zu Frage 10: In welcher Richtung und in welchem Ausmaß lassen sich in den verschiedenen Variablenbereichen der LVA-Kurpatienten zum Kurende und einer ein halbes Jahr später stattfindenden katamnestischen Untersuchung Veränderungen feststellen? Welche Veränderungen, die als Behandlungseffekte bezeichnet werden können, erweisen sich dabei als stabil? 437

22.1 Vorbemerkungen 437

22.2 Variablen psychologischer Fragebogen 440

22.2.1 Fragebogen zur Erfassung subjektiver Krankheitskonzepte und Behandlungsvorstellungen KKB 440

22.2.2 Fragebogen Hypochondrie und Gesundheitsverhalten HG 440

22.2.3 Freiburger Persönlichkeits-Inventar FPI 441

22.2.4 Buchinger Persönlichkeits-Inventar BPI 441

22.2.5 Freiburger Beschwerdenliste FBL 442

22.2.6 Adjektiv-Skalen zur Einschätzung der Stimmung SES 442

22.2.7 Fragebogen zur Erfassung subjektiver psychosozialer Belastungen im Zusammenhang mit Ehe, Familie und Beruf BFB 443

22.3 Medizinische Variablen 444

22.4 Anamnestisch-katamnestische Variablen 445

22.5 Diskussion 448

22.6 Hypothesenprüfung 448

22.6.1 Hypothesen zu Veränderungen in verschiedenen Variablen gegen Ende des Heilverfahrens 457

22.6.1.1 FBL und SES 457

22.6.1.2 FPI und BPI 457

22.6.1.3 BFB 457

Seite

22.6.2 Hypothese zu Veränderungen in Variablen gegen Ende des Heilverfahrens und in einer Halbjahreskatamnese 458

22.6.2.1 Medizinische Variablen 458

22.6.3 Hypothesen zu Veränderungen in verschiedenen Variablen im Rahmen einer ein halbes Jahr nach dem Heilverfahren stattfindenden katamnestischen Untersuchung 458

22.6.3.1 FBL und SES 458

22.6.3.2 FPI und BFB 458

22.6.3.3 Anamnestisch-katamnestische Variablen 459

22.7 Zusammenfassung 460

23 Ergebnisse zu Frage 11: Inwieweit lassen sich in den Variablenbereichen der Vergleichsgruppe (zur LVA-Kurpatienten-Stichprobe) zwischen zwei, dem Kuranfang und Kurende ungefähr vergleichbaren Untersuchungszeitpunkten Veränderungen feststellen? Finden diese Veränderungen in einem weniger bedeutsamen Ausmaß als bei den Patienten, die an einem Heilverfahren teilnehmen, statt? 463

23.1 Vorbemerkungen 463

23.2 Intraindividuelle Veränderungen in den Variablen der Vergleichsgruppe im Vergleich zu denen der Kurpatientengruppe 463

23.3 Hypothesenprüfungen 465

24 Ergebnisse zu Frage 12: Unterscheiden sich die Behandlungseffekte der LVA-Kurpatienten, die während des Heilverfahrens eine zusätzliche psychologische Behandlung erhalten haben, von den Effekten bei Patienten ohne eine solche zusätzliche Behandlung? 466

24.1 Vorbemerkungen 466

24.2 Interindividuelle Unterschiede zwischen Patienten mit und ohne zusätzlicher psychologischer Behandlung in den Variablen der psychologischen Fragebogen 470

Seite

24.2.1 Fragebogen Einstellung zur Kur EzK, Beurteilung der Kur BdK und katamnestische Beurteilung der Kur 470

24.2.2 Fragebogen zur Erfassung subjektiver Krankheitskonzepte und Behandlungsvorstellungen KKB 472

24.2.3 Fragebogen Hypochondrie und Gesundheitsverhalten HG 473

24.2.4 Freiburger Persönlichkeits-Inventar FPI und Buchinger Persönlichkeits-Inventar BPI 475

24.2.5 Freiburger Beschwerdenliste FBL 476

24.2.6 Adjektiv-Skalen zur Einschätzung der Stimmung SES 476

24.2.7 Fragebogen zur Erfassung subjektiver psychosozialer Belastungen im Zusammenhang mit Ehe, Familie und Beruf BFB 475

24.2.8 Einschätzung der Patienten durch den Gruppenarzt und die Gruppenbetreuerin (Arzt- und Betreuerin-Rating) 478

24.3 Interindividuelle Unterschiede zwischen LVA-Kurpatienten mit und ohne zusätzlicher psychologischer Behandlung in Variablen des Anamnestischen Erhebungsbogens, des Katamnestischen Erhebungsbogens und des Psychologischen Interviews und in medizinischen Variablen 479

24.4 Intraindividuelle Veränderungen in einzelnen Variablen während und nach dem Heilverfahren bei LVA-Kurpatienten mit zusätzlicher psychologischer Behandlung und vergleichbaren LVA-Kurpatienten ohne zusätzlicher psychologischer Behandlung 486

24.4.1 Variablen der psychologischen Fragebogen 486

24.4.1.1 Fragebogen zur Erfassung subjektiver Krankheitskonzepte und Behandlungsvorstellungen KKB 486

24.4.1.2 Fragebogen Hypochondrie und Gesundheitsverhalten HG 486

24.4.1.3 Freiburger Persönlichkeits-Inventar FPI 487

24.4.1.4 Buchinger Persönlichkeits-Inventar BPI 488

Seite

24.4.1.5 Freiburger Beschwerdenliste FBL 489

24.4.1.6 Adjektiv-Skalen zur Einschätzung der Stimmung SES 489

24.4.1.7 Fragebogen zur Erfassung subjektiver psychosozialer Belastungen im Zusammenhang mit Ehe, Familie und Beruf BFB 489

24.4.2 Medizinische Variablen 490

24.4.3 Anamnestisch-katamnestische Variablen 491

24.4.4 Zusätzliche psychologische Behandlung und regressionsanalytische Voraussage von Veränderungen 492

24.5 Diskussion und Hypothesenprüfung 493

24.5.1 Hypothesenprüfung 507

24.6 Zusammenfassung 508

25 Ergebnisse zu Frage 13: Ergeben sich beim Vergleich von zusätzlich psychologisch behandelten Patienten der LVA- und der BfA-Kurklinik unterschiedliche Behandlungseffekte in Abhängigkeit von der Art der Behandlung und den mit der Zugehörigkeit zur LVA- und BfA-Stichprobe verbundenen soziografischen und anamnestischen Merkmalen? 515

25.1 Vorbemerkungen und Beschreibung der Stichprobe der zusätzlich psychologisch behandelten BfA-Patienten im Vergleich zu anderen Patientengruppen 515

25.2 Interindividuelle Vergleiche zwischen zusätzlich psychologisch behandelten LVA- und BfA-Patienten 527

25.2.1 Variablen der psychologischen Fragebogen 527

25.2.1.1 Fragebogen Einstellung zur Kur EzK und Beurteilung der Kur BdK 527

25.2.1.2 Fragebogen Hypochondrie und Gesundheitsverhalten HG 529

25.2.1.3 Fragebogen zur Erfassung subjektiver Krankheitskonzepte und Behandlungsvorstellungen KKB 530

Seite

25.2.1.4 Freiburger Persönlichkeits-Inventar FPI 531

25.2.1.5 Freiburger Beschwerdenliste FBL 531

25.2.1.6 Adjektiv-Skalen zur Einschätzung der Stimmung SES 531

25.2.1.7 Fragebogen zur Erfassung subjektiver psychosozialer Belastungen im Zusammenhang mit Ehe, Familie und Beruf BFB 533

25.2.1.8 Einschätzung der Patienten durch den Gruppenarzt und die Gruppenbetreuerin (Arzt- und Betreuerin-Rating) 534

25.2.2 Variablen des Anamnestischen und Katamnestischen Erhebungsbogens sowie des Psychologischen Interviews 535

25.2.2.1 Anamnestischer Erhebungsbogen 535

25.2.2.2 Katamnestischer Erhebungsbogen 536

25.2.2.3 Psychologisches Interview 537

25.2.2.4 Medizinische Variablen 538

25.3 Veränderungen in den verschiedenen Variablenbereichen zwischen Kuranfang und Kurende sowie zwischen Kuranfang und Halbjahreskatamnese bei zusätzlich psychologisch behandelten BfA-Patienten 539

25.3.1 Veränderungen in Variablen der psychologischen Fragebogen 539

25.3.1.1 Fragebogen zur Erfassung subjektiver Krankheitskonzepte und Behandlungsvorstellungen KKB 539

25.3.1.2 Fragebogen Hypochondrie und Gesundheitsverhalten HG 540

25.3.1.3 Freiburger Persönlichkeits-Inventar FPI 542

25.3.1.4 Freiburger Beschwerdenliste FBL 543

25.3.1.5 Adjektiv-Skalen zur Einschätzung der Stimmung SES 544

25.3.1.6 Fragebogen zur Erfassung subjektiver psychosozialer Belastungen im Zusammenhang mit Ehe, Familie und Beruf BFB 546

25.3.2 Veränderungen in medizinischen Variablen 547

Seite

25.3.3 Veränderungen in anamnestisch-katamnestischen Variablen 548

25.4 Veränderungen in den verschiedenen Variablenbereichen zwischen Kuranfang und Kurende sowie zwischen Kuranfang und Halbjahreskatamnese bei zusätzlich psychologisch behandelten BfA-Patienten im Vergleich zu zusätzlich psychologisch behandelten LVA-Patienten 550

25.4.1 Vorbemerkungen 550

25.4.2 Vergleich zwischen den Veränderungen bei zusätzlich psychologisch behandelten BfA- und LVA-Patienten 552

25.5 Diskussion 554

25.6 Zusammenfassung 561

26 Ergebnisse zu Frage 14: Aufgrund welcher Variablen können Effekte der stationären Heilmaßnahmen vorausgesagt werden? 571

26.1 Vorbemerkungen 571

26.2 Multiple Regressionen im Hinblick auf Differenzen bzw. Veränderungen in mehrmals erhobenen Variablen des subjektiven und eher objektiven Kurerfolgs 584

26.2.1 Multiple Regressionen auf die Differenzen bzw. Veränderungen in Variablen der psychologischen Fragebogen 584

26.2.1.1 Fragebogen zur Erfassung subjektiver Krankheitskonzepte und Behandlungsvorstellungen KKB 584

26.2.1.2 Fragebogen Hypochondrie und Gesundheitsverhalten HG 586

26.2.1.3 Freiburger Persönlichkeits-Inventar FPI 587

26.2.1.4 Buchinger Persönlichkeits-Inventar BPI 589

26.2.1.5 Freiburger Beschwerdenliste FBL 591

26.2.1.6 Adjektiv-Skalen zur Einschätzung der Stimmung SES 592

26.2.1.7 Fragebogen zur Erfassung subjektiver psychosozialer Belastungen im Zusammenhang mit Ehe, Familie und Beruf BFB 594

Seite

26.2.2 Multiple Regressionen im Hinblick auf die Differenzen bzw. Veränderungen in medizinischen Variablen 596

26.2.3 Multiple Regressionen im Hinblick auf die Differenzen bzw. Veränderungen in anamnestisch-katamnestischen Variablen 597

26.3 Multiple Regressionen anhand der zu einem früheren Untersucherungstermin gegebenen Ausprägungen in ausgewählten Einzelvariablen (Prädiktoren) auf die zu einem späteren Untersuchungstermin gegebenen Ausprägungen in subjektiven und eher objektiven kurerfolgsrelevanten Variablen (Kriterien) 599

26.4 Diskussion 605

26.5 Zusammenfassung 612

27 Zusammenfassung und Ausblick 615

Band 2

Anhang I Tabellen

Anhang II Fragebogen, Tests, Formblätter

Literatur

1 Einführung und Übersicht

Die klinischen, stationären Rehabilitations- und Heilmaßnahmen sind zu einem bedeutenden Bestandteil der medizinischen und psychosozialen Versorgung der Bevölkerung geworden. Der "klassische" Schwerpunkt dieser Maßnahmen besteht nach wie vor in der Behandlung bereits eingetretener Schädigungen und Beeinträchtigungen. Zunehmend werden darüber hinaus aber auch die Verhütung und das "Zuvorkommen" gegenüber drohenden gesundheitlichen Schädigungen bzw. gegenüber einem erneuten Eintreten derselben, ebenso die Stärkung von Verantwortung und Kompetenz der betroffenen Gruppen und Einzelpersonen für gesundheitsadäquates Verhalten, ein wichtiges Ziel jener Maßnahmen. Die Bedeutung stationärer Heilmaßnahmen läßt sich auch daran abschätzen, daß ihre Anzahl, trotz vorübergehender Rückgänge im Zusammenhang mit wirtschaftlichen Rezessionen, in jüngster Zeit weiter angestiegen ist. Allein die Zahl der stationären Heilverfahren (Kuren), die innerhalb der Träger der gesetzlichen Rentenversicherung der BRD von der Arbeiter- und Angestellten- sowie Knappschaftlichen Rentenversicherung für das Jahr 1977 übernommen wurde, lag bei knapp 668.000 (VERBAND DEUTSCHER RENTENVERSICHERUNGSTRÄGER 1979).

Die aktuellen Probleme sowohl der "Praxis" als auch "Theorie" der stationären Heilmaßnahmen umfassen ein breites Spektrum. Sie reichen von der Frage der Entstehungsbedingungen für die zu behandelnden Krankheiten und Störungen, insbesondere für diejenigen mit zunehmender Behandlungshäufigkeit, wie z.B. die psychovegetativ-psychosomatischen Störungen (vgl. z.B. GERCKE und GERCKE 1973), bis zur Frage nach angemessenen Behandlungs- und Präventionsstrategien. Eine damit zusammenhängende schon seit einigen Jahren auch in der Forschung behandelte Frage betrifft die Effizienz klinischer Rehabilitationsmaßnahmen und die damit zusammenhängende Frage nach den Bedingungen des Rehabilitations- bzw. Kurerfolgs (vgl. z.B. FAHRENBERG u.a. 1978b).

Eng mit diesen Fragen und Problemen hängt ein Thema zusammen, das in den letzten Jahren zunehmend die Diskussion um die Rehabilitation, auch die Prävention, mitbestimmt: Es ist die im Zuge der Weiterentwicklung von Sozialepidemiologie, Sozialmedizin und Klinischer Psychologie aufgekommene Auseinandersetzung um die "Gewichtung" einer sozialwissenschaftlichen und psychologischen Perspektive, und zwar einmal für die Erklärungsmodelle zu zahlreichen gesundheitlichen Störungen und Schädigungen, auch für das damit zusammenhängende Krankheits- bzw. Gesundheitsverhalten der Betroffenen (vgl. z.B. BUGGLE und FERSCHING 1979; DELIUS 1975b; GLEISS 1978; GROSSARTH-MATICEK 1979; KAGAN 1978a; KAGAN und LEVI 1974; KEUPP 1979b; MECHANIC 1975), zum anderen für die praktische Gestaltung, ebenso die Bewertung der klinischen Rehabilitationsmaßnahmen (vgl. v. FERBER 1976). Dieser Entwicklungstrend konkretisiert sich u.a. in "normativen Setzungen", wie sie etwa in Neuanpassungsgesetzen zum Rehabilitationswesen (vgl. v.FERBER 1976) oder/ und in Empfehlungen zentraler Rehabilitationsinstitutionen, z.B. des Deutschen Bäderverbandes (DEUTSCHER BÄDERVERBAND 1969), jeweils durch die Verwendung eines umfassenden, auch sozialwissenschaftlich konzipierten, Krankheitsbegriffs und die Umsetzung sozialethischer Werte in eigenständige Kurerfolgskriterien, deutlich werden. Auch in der Diskussion um die Funktion verschiedener wissenschaftlicher Disziplinen im rehabilitiv-präventiven Sektor des Gesundheitswesens finden sich Konkretisierungen. Eine wichtige davon besteht z.B. darin, daß zur Erforschung und Effektivierung der mit den Rehabilitationsmaßnahmen verbundenen Selektions-, Diagnose-, Indikations-, Prognose-, Behandlungs- und Bewertungsprozesse zunehmend der Beitrag der Psychologie bzw. ihrer einschlägigen Teilgebiete postuliert und realisiert wird (vgl. z.B. KNAPP 1977).

Die Tätigkeit der Psychologen wird dabei als eine wissenschaftliche und/oder praktische angesehen (vgl. z.B. DOUBRAWA 1976b), die in Austausch und Koordination mit anderen, vor allem medizinischen Fachgebieten und Berufsgruppen steht (vgl. z.B. AUGSBURGER u.a. 1977). Eine solche verstärkte Repräsentanz der Psychologie in der Theorie und Praxis der Rehabilitation bedeutet dann aber nicht einfach eine effektivere Lösung der oben angesprochenen Probleme, sondern zunächst einmal eine Erweiterung der Konzeptionen und Perspektiven. Ob eine solche Erweiterung theoretisch und praktisch fruchtbar ist, darf angesichts des gegenwärtigen, noch relativ bescheidenen Stadiums der Rehabilitationsforschung, zwar vermutet werden, kann aber erst im Zuge weiterer Forschungsbemühungen mit größerer Sicherheit beurteilt werden (vgl. z.B. FAHRENBERG u.a. 1978b; HERRMANN 1976; KURY und FERSCHING 1979).

Eng verknüpft mit diesem Punkt eines zunehmenden praktischen und theoretischen Beitrags der Psychologie, und zwar insbesondere der Klinischen Psychologie, im Rehabilitations- und Kurwesen ist das Ziel der vorliegenden Arbeit. Es besteht, ähnlich wie das der früher erstellten Diplomarbeit des Verfassers, darin, aus psychologischer Sicht einen Beitrag zur Erforschung relevanter Bedingungen und Wirkungen stationärer Heilverfahren (Kuren), wie sie vor allem von den Rentenversicherungen getragen werden, zu leisten. Mit "Bedingungen" sind hierbei die pathogenetisch mehr oder weniger bedeutsamen Bedingungen in der Umgebung sowie in Verhalten, Erleben und somatischer Organisation der Patienten gemeint, "mit denen" sie gleichsam "zum Heilverfahren kommen". Außerdem sind damit die "gesetzten", u.a. therapeutischen Bedingungen des Heilverfahrens gemeint. Die "Wirkungen" beziehen sich auf die in Abhängigkeit von diesen zweifach bestimmten Bedingungen stattfindenden Veränderungen bei den Patienten, und zwar im Hinblick auf verschiedene Merkmale des Kurerfolgs. Was die Störungen und Krankheiten der Patienten betrifft,

so konzentriert sich die Arbeit auf psychovegetative und psychosomatische Störungen und die damit verbundenen Erlebnis- und Verhaltensweisen. Bezüglich der Art der Heilmaßnahmen liegt der Schwerpunkt auf den Voraussetzungen bzw. Indikationen, sowie den Ansatzpunkten, Methoden und Ergebnissen der psychotherapeutischen bzw. psychologischen Rehabilitationsmaßnahmen.

Um der - somit umrissenen - Zielvorstellung gerecht zu werden, wird die Arbeit in einen theoretischen und einen empirischen Teil mit jeweils mehreren Unterabschnitten aufgeteilt. Im Theorieteil werden zunächst zentrale begriffliche und institutionelle Abgrenzungen, insbesondere zu Rehabilitation und Prävention, zu psychischen Belastungen und psychosomatischen Krankheiten, außerdem zu Psychotherapie, zu Krankheits- bzw. Gesundheitsverhalten, Gesundheitserziehung und Kurerfolg, vorgenommen (2). Daran schließt sich eine Darstellung relevanter Probleme und Ansätze der Rehabilitationsforschung, vor allem insoweit sie den Beitrag der Psychologie involvieren,an (3). Entsprechend einem maßgeblichen Anteil der Zielvorstellungen werden sodann die Voraussetzungen, Möglichkeiten und Grenzen psychotherapeutischer Rehabilitationsmaßnahmen unter besonderer Bezugnahme auf stationäre Heilverfahren für Patienten mit psychovegetativen Störungen behandelt (4). Dieses Thema bedarf in theoretisch-empirischer Hinsicht u.a. der Verankerung mit Modellen der psychosomatischen Krankheitslehre und mit neueren Entwicklungen der Psychotherapieforschung. Genau dies ist der Gegenstand des nächsten Abschnittes (5). Zum Abschluß des theoretischen Teils wird eine Zusammenfassung und thesenhafte Zusammenstellung von Folgerungen aus den Darlegungen dieses Teils gegeben (6).

Auf den Grundlagen des Theorieteils baut sodann der empirische Teil der Arbeit (7ff.) auf. In diesem werden eigene Untersuchungen an N = 180 Patienten, größtenteils mit der

Diagnose "Psychovegetatives Syndrom", die in den Monaten Februar bis April 1977 an einem jeweils vierwöchigen stationären Heilverfahren der LVA-Kurklinik Buching/Allg. (Chefarzt: Dr. H. HÖFT) teilnahmen, dargestellt. Anhand anamnestisch-sozialer, psychologischer und medizinischer Kennwerte werden einige der Probleme, die im Theorieteil herausgearbeitet wurden, einer empirischen Bearbeitung zugeführt. Im einzelnen geht es dabei um erstens die Neu- bzw. Weiterentwicklung methodischer Verfahren, zweitens die Klärung interindividueller Unterschiede in Abhängigkeit von Geschlecht, Alter, familiärem und beruflichem Status, auch in Abhängigkeit von belastenden Lebensereignissen in der Zeit vor dem Heilverfahren, drittens den partiellen Vergleich der Buchinger LVA-Kurpatienten mit BfA-Kurpatienten der Klinik Dörenberg, sowie mit einer Vergleichsgruppe unbehandelter Personen, viertens die Analyse von Zusammenhängen innerhalb und zwischen verschiedenen Kennwerten, und zwar anamnestisch-sozialer, psychologischer und medizinischer Art, fünftens die Untersuchung der Veränderung in solchen Kennwerten bzw. Variablen zum Ende der Kur und im Rahmen einer ein halbes Jahr nach dem Heilverfahren stattfindenden Katamnesestudie, sechstens die Untersuchung von Voraussetzungen und Wirkungen einer zusätzlichen psychologischen Behandlung, die N = 29 Patienten der Buchinger Stichprobe während der Kur erhielten, und zwar im Vergleich zu vergleichbaren, nicht dementsprechend behandelten LVA-Patienten sowie solchen BfA-Patienten, die ebenfalls zusätzlich psychologisch behandelt wurden. Der zuletzt genannte sechste Punkt betrifft einen Teil, und der oben genannte erste Punkt der Methodenentwicklung und -überprüfung einen weiteren Teil, womit jeweils die Daten sowohl von LVA- als auch BfA-Kurpatienten gemeinsam untersucht werden. Die Patienten der BfA-Kurklinik wurden im Rahmen eines im empirischen Teil überwiegend parallel angelegten Dissertationsprojekts von Herrn M. WELSCH (WELSCH 1980) untersucht.

An dieser Stelle gilt es, einigen Personen und Institutionen ausdrücklich zu danken , ohne deren Unterstützung die vorliegende Arbeit nicht zustandegekommen wäre. Zunächst ein-

mal gilt mein besonderer Dank dem Betreuer des vorliegenden - wie auch des oben genannten parallelen - Dissertationsvorhabens, Herrn Prof. Dr. J. FAHRENBERG, für seine Geduld und seine wertvollen Hinweise und Anregungen. Ebenso bedanke ich mich beim Chefarzt der LVA-Kurklinik Buching, Herrn Obermedizinaldirektor Dr. H. HÖFT, und den weiteren Angehörigen des dortigen medizinisch-therapeutischen Personals, für die konstruktiven Anregungen sowie für die Ermöglichung der psychodiagnostischen Untersuchungen und der zusätzlichen psychologischen Behandlung an den erwähnten 29 Patienten, die vom Verfasser und seiner Frau im Rahmen einer mehrmonatigen Tätigkeit an der Buchinger Kurklinik in der Zeit von Februar bis Mai 1977 durchgeführt wurden. Mein weiterer Dank gebührt meinem Kollegen M. WELSCH für den offenen Austausch und die fruchtbare Kooperation bei der Vorbereitung und Verwirklichung unserer Dissertationsprojekte. Auch Frau WILLMANN sei für die Erstellung des Manuskriptes herzlich gedankt. Nicht zuletzt gilt der Dank meiner Frau Regina FERSCHING, mit der ich während der gemeinsamen Arbeit an der Buchinger Klinik ein Stück berufsbezogener Partnerschaft erleben konnte.

THEORETISCHER TEIL

2 Begriffliche und institutionelle Grundlagen

2.1 Zu Begriff und Bedeutung von Prävention und Rehabilitation

Prävention bedeutet nach den Formulierungen der Weltgesundheitsorganisation einmal, daß man somatischen Krankheiten sowie Beeinträchtigungen des psychischen und sozialen Befindens zuvorkommt. Neben dieser als primär bezeichneten Prävention werden frühzeitige therapeutische Interventionen als sekundäre Prävention und das Verhindern von Spätfolgen von Krankheiten als tertiäre Prävention bezeichnet. Gegenüber dieser Einteilung sind von verschiedener Seite allerdings Einwände erhoben worden, so etwa die, daß eine Trennung zwischen den verschiedenen Präventionsarten praktisch nicht exakt möglich ist, daß sich sekundäre und tertiäre Arten eher auf Therapie im Frühstadium und Maßnahmen der Rehabilitation beziehen (vgl. z.B. COWEN 1973; ERNST 1977; WAGENFELD 1972). Manche Autoren bevorzugen daher einfach den Begriff der Prävention. Damit werden Aktivitäten bezeichnet, die das Auftreten von somatischen, psychosomatischen, psychischen und psychosozialen Störungen und Beeinträchtigungen zu verhindern versuchen (vgl. ERNST 1977, S. 41). Zum Problem des Störungsbegriffs siehe z.B. PONGRATZ 1977, S. 44 - 48; ULLMANN und KRASNER 1975, S. 9 - 24).

Die begrifflichen Fassungen zur Prävention erscheinen weniger theoretisch und praktisch fundiert als diejenigen zur Rehabilitation. Dieser Unterschied scheint verschiedene Gründe zu haben: So sind etwa im Bereich der BRD umfangreichere und differenziertere institutionelle und juristische Rahmenbedingungen für die Rehabilitation gegeben. Auch wird in den Definitionsansätzen zur Rehabilitation die Prävention manchmal als Teil derselben verstanden. So bezieht z.B.

HALHUBER (1976, S. 87) ausdrücklich die sogenannte Zweit- und Drittprävention in seinen Rehabilitationsbegriff ein (differenzierter dazu auch BLUMENTHAL und JOCHHEIM, 1976a, S. 580-581). Nun zu verbreiteten Definitionen zur Rehabilitation: Allgemein gilt für diese, daß sie - innerhalb der Bundesrepublik ihre entscheidenden gesetzlich-rechtlichen Grundlagen in der Reichsversicherungsordnung (RVO) bzw. in den dazu erfolgenden gesetzlichen Neuregelungen, vor allem aus dem Jahre 1957, haben. Dort wird als Aufgabe der Rehabilitation (und der in diesem Zusammenhang stehenden Prävention) einmal die Erhaltung, Besserung und Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit bestimmt. Zum anderen, so im Zuge der Neuregelung der §§ 1235-1237 der RVO von 1974, wurde, ausgehend von einer sozial-ethisch fundierten Rechtsauffassung, das Recht des einzelnen auf Selbstwertgefühl und erfüllendes lebenswertes Leben gesetzlich verankert (vgl. v. FERBER 1976, S. 689, 690; auch JANTZ und ZWENG im Kommentar zur RVO). Nach STROEBEL (1975, S. 4) gilt für den Bereich der BRD folgende Definition von Rehabilitation: "Die Rehabilitation bzweckt, den Menschen, die körperlich, geistig oder seelisch behindert sind und die ihre Behinderung oder deren Folgen nicht selbständig überwinden können, und den Menschen, denen eine solche Behinderung droht, zu helfen, ihre Fähigkeiten und Kräfte zu entfalten und einen entsprechenden Platz in der Gemeinschaft zu finden. Dazu gehört vor allem auch die Teilnahme am Arbeitsleben". Unter Behinderung wird dabei nicht "... allein eine Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit verstanden ...". Ziel der Rehabilitation ist es, "... dem Behinderten einen seinen Kräften und Fähigkeiten entsprechenden Platz in der Gemeinschaft zu sichern" (STROEBEL 1975, S. 5). Ähnlich äußern sich auch BLUMENTHAL und JOCHHEIM (1976a, S. 577) nach einer entwicklungsgeschichtlichen Betrachtung zum Begriff der Rehabilitation. Sie ist ein "... umfassender und einheitlicher Prozess, in dem ein körperlich, seelisch, geistig oder sozial bleibend oder langfristig Behinderter oder ein von Behinderung Bedrohter, mit differenzierten und fachgerechten Hilfen der Gesellschaft lernt,

seine Behinderung zu beheben oder zu verringern und soweit wie möglich durch Entfaltung verbliebener Fähigkeiten und Begabungen auszugleichen, sowie eine der bleibenden Behinderung angepasste Stellung in der Gesellschaft, und wenn möglich im Arbeitsleben, (wieder-)einzunehmen". Ähnlich sieht WIEDEMANN (1977, S. 4) das Ziel der Rehabilitation darin, "... Restleistungsfähigkeit und Leistungsreserven zu mobilisieren und so erfolgreich und nutzbringend zu entwikkeln, daß für den Behinderten eine optimale Lebensbilanz und - wenn möglich - für die Gesellschaft ein Gewinn resultiert".

Nach SCHAEFER und BLOHMKE (1972, S. 293) bedeutet Rehabilitation ein "Wiederfähigmachen zu dem, was der Patient zu leisten hat: zu seiner gesellschaftlichen Funktion". Und nach GERCKE (1973, S.10) ist Rehabilitation "Hilfe zur Selbsthilfe, um in der Gemeinschaft in Arbeit, Beruf und Gesellschaft eigenständig bestehen zu können".

Problematisch an den vorgestellten Definitionen ist u.a., daß sie Ziele der Rehabilitation formulieren, die auch für andere Bereiche und Einrichtungen, wie z.B. die Pädagogik oder die gesamte medizinische und psychologische Behandlung, gelten. KNAPP (1977, S. 17) schlägt daher vor, man sollte eher vom Zustandsbild des Rehabilitanden und den angewandten Methoden ausgehen. Danach kennzeichnen sich die Beeinträchtigungen und Schädigungen durch einen Dauercharakter, eine nicht ausschließliche soziale Verankerung und durch solche Folgen, die den Betroffenen aus seinem bisherigen privaten und beruflichen Lebensbereich werfen. Die Behinderungsauswirkungen verlangen, um wenigstens teilweise kompensiert zu werden, medizinische, psychologische und pädagogische Maßnahmen. Dabei ist zwischen Schädigung, Behinderung und Benachteiligung zu unterscheiden: Schädigung (impairment) meint jede Abweichung von der Norm, die sich in einer fehlerhaften Funktion, Struktur, Organisation oder Entwicklung des Ganzen oder einer seiner Anlagen, Systeme, Organe auswirkt.

Behinderung (disability) meint jede Beeinträchtigung, die das geschädigte Individuum erfährt, wenn man es mit einem nicht geschädigten Individuum des gleichen Alters, Geschlechts und mit gleichem kulturellen Hintergrund vergleicht. Benachteiligung (handicap) meint die ungünstige Situation, die ein bestimmter Mensch infolge der Schädigung oder Behinderung in den ihm adäquaten psychosozialen, körperlichen, beruflichen und gesellschaftlichen Aktivitäten erfährt (vgl. BLUMENTHAL und JOCHHEIM 1976a, S. 577, 578 sowie WIEDEMANN 1977, S. 4,5 unter Bezugnahme auf wichtige bisherige Definitionen).

Zusammenfassend kann zu den Rehabilitationsdefinitionen festgestellt werden: Rehabilitation konzentriert sich auf behinderte oder von Behinderung bedrohte Menschen, kann bei verschiedenen Ursachen von Behinderung (körperlich, psychisch, intellektuell) und Altersgruppen in Betracht kommen, zielt auf eine Wiederherstellung oder Kompensation beeinträchtigter Funktionen und eine möglichst weitgehende gesellschaftliche Wiedereingliederung ab und erfordert das Zusammenwirken von Maßnahmen verschiedener (wissenschaftlicher) Disziplinen (zum letzten Punkt siehe 3.1).

2.2 Träger und Maßnahmen der Prävention und Rehabilitation

Im Hinblick auf die Prävention besteht ein Unterschied darin, ob Ätiologie und Pathogenese von Krankheiten und Störungen bekannt oder weniger bekannt bzw. unbekannt sind. Im ersten Fall können durch individuelle oder öffentliche Maßnahmen sogenannte Risikofaktoren kontrolliert und beseitigt werden. Im zweiten Fall ist eine Früherkennung (Pränotion) notwendig (SCHAEFER und BLOHMKE 1972, S. 287). Mit der mehr oder weniger gegebenen Bekanntheit pathogener Bedingungen hängt eine der Dimensionen zusammen, mit der ERNST (1977, S. 42-45) versucht, die Vielzahl von präventiven Handlungsmöglichkeiten konzeptuell zu fassen. Es handelt sich um die Dimension "spezifisch vs. unspezifisch". Spezifisch ist ein

Programm, wenn es sich auf umschriebene, ätiologisch fundierte Störungen (z.B. Verhaltensprobleme infolge bestimmter Vitaminmängel) bezieht oder eine bestimmte Zielgruppe anspricht, während unspezifische Maßnahmen auf die Verminderung von Krankheiten und Verhaltensproblemen und eine allgemeine Verbesserung von Lebensbedingungen abzielen. Die weiteren Dimensionen sind "personorientiert" vs. "systemorientiert", "Stress-Reduzierung" vs. "Stress-Immunisierung" und "starke Eigeninitiative der Betroffenen" vs. "starkes Engagement von Professionellen". Die erstgenannte betrifft die Frage, inwieweit die präventiven Aktivitäten beim Individuum (z.B. über Gesundheitserziehung) oder bei sozialen Systemen (z.B. über die Beeinflussung von Gruppennormen, wie "Trinken ist männlich") ansetzen. In der zweitgenannten Dimension soll der stressreduzierende Pol störende und krankmachende Bedingungen in der Umwelt reduzieren und der stressimmunisierende Pol einzelne Menschen gegen Störfaktoren in der Umgebung widerstandsfähiger machen. Auf der drittgenannten Dimension wäre anzusiedeln, inwieweit die Betroffenen an Maßnahmen beteiligt sind oder Angehörige von Gesundheitsberufen aktiv sind.

Zum Teil ähnlich unterscheidet FESER (1978, S. 3216-3220) ein präventives Handlungskonzept auf den beiden Ebenen struktureller und kommunikativer Maßnahmen. Die strukturellen Maßnahmen zielen auf eine Verbesserung physikalischer oder sozioökonomischer Umweltbedingungen zum Zwecke der Steigerung des menschlichen Wohlbefindens ab. Kommunikative Methoden haben oft Vorbereitung, Begleitung und Propagierung sowie fortlaufende Vertiefung strukturell-innovatorischer Maßnahmen zum Ziel. Hinsichtlich der Zielbereiche können nach dem Vorschlag von FESER (1978, S. 3218) die drei Konzeptionen erstens für die Gesamtbevölkerung, zweitens für umschriebene Regionen (z.B. "Elternbriefe" an junge Eltern in bestimmten Jugendamtsbezirken) sowie drittens für Risikogruppen (z.B. Gesundheitserziehung in Kurkliniken, vgl. z.B. HAMMER u.a. 1976) unterschieden werden. In der BRD lassen sich auf der

strukturellen und kommunikativen Ebene in den letzten Jahren etliche Aktivitäten beobachten. So hat z.B. der DEUTSCHE BUNDESTAG (1975) von einer interdisziplinären Sachverständigenkommission eine Enquete zur Lage der Psychiatrie angefordert, um die Ausgangslage und den Bedarf sowie die Konzeption für eine moderne psychiatrisch-psychohygienische Versorgung kennenzulernen und erste praktische Empfehlungen, z.B. die "Empfehlungen zur Primärprävention psychischer Störungen" sowie Vorschläge zur Einrichtung von Forschungsvorhaben zu erhalten. Zahlreiche Aktivitäten finden sich auch zur Gesundheitserziehung, wobei nach FESER (1978, S. 3219) der Akzent auf Information (z.B. TV-Magazine, BUNDESVEREINIGUNG FÜR GESUNDHEITSERZIEHUNG e.V.), Aufklärung (mit kognitiver und emotionaler Vermittlung, z.B. durch Sport-, Trimm-, Freizeit-, Raucher-, Familienplanungs- und Ernährungskampagnen) und/oder auf im engeren Sinne gesundheitserzieherischen, möglichst curricular ausgerichteten Maßnahmen (z.B. durch die Schule für Kinder und Jugendliche, durch Erwachsenenbildungsstätten für Erwachsene) liegen kann.

Als Maßnahmen der Rehabilitation heben SCHAEFER und BLOHMKE (1972, S. 293) die stationären Heilverfahren, die Schulung des Patienten im Umgang mit seiner Krankheit, die Anpassung von Prothesen und Umschulung auf eine neue berufliche Tätigkeit hervor. Damit ist schon angedeutet, daß die Rehabilitationsaktivitäten mindestens einen medizinischen, beruflichen und sozialen Anteil umfassen. Nach WIEDEMANN (1977, S. 4,5) umfasst die medizinische Rehabilitation alle Arten der Behandlung im Rahmen der ambulanten und stationären Klinikeinrichtungen, sowie der medizinischen Rehabilitationszentren und -krankenhäuser. Die berufliche Rehabilitation beinhaltet Berufsberatung, Berufsfindung, Belastungsuntersuchungen, Vorförderung, Anpassungsmaßnahmen, Berufsbildung und Stellenvermittlung. Die soziale Rehabilitation schließt alle Aktivitäten ein, die der Reintegration des Behinderten in die Gesellschaft (Arbeitsplatz, Familie, weitere Bezugsgruppen) dienen. Auch BLUMENTHAL und JOCHHEIM (1976a, S.

578, 579) unterscheiden die "Rehabilitationsmedizin", die sich auf gesundheitliche Störungen konzentriert, und die "medizinisch-soziale Rehabilitation", die die genannten Aspekte der beruflichen und sozialen Rehabilitation umgreift und deren Anwendung nicht nur auf Geschädigte sondern auch auf Benachteiligte, z.B. in den USA, aktuell geworden ist.

Um den Prozess der Rehabilitation zu erfassen, entwickelte GARFIELD (1970) ein Schema zur gesundheitlichen Versorgung. Es beginnt mit Vorsorgeuntersuchungen, die mit Diagnose und ggfs. Überweisungsdienst verbunden sind. Dabei sollen entsprechende Ambulanzen rehabilitationsbedürftige Personen rechtzeitig erkennen und den Rehabilitationsvorgang einleiten. Von hier geht der Weg entweder über ein Gesundheitszentrum, das Gesundheitserziehung, Information und Beratung, z.B. hinsichtlich Ernährung, Familienplanung usw., vorsieht, oder über ein Behandlungszentrum mit ärztlichen Einrichtungen, wie z.B. Speziallabors, Ambulanzen und Langzeitversorgung. Beide sind über eine spezielle Institution miteinander koordiniert. Weiterhin schließt sich ein präventiver und rehabilitiver Dienst im Hinblick auf bestimmte Störungen,wie etwa Hochdruck, Übergewicht, Diabetes, Geriatrie, seelische Gesundheit u.a. an, Alle diese Dienste sind durch Funktions- und Aktivitätslinien und Rückkoppelungsschleifen miteinander verbunden. Nach WIEDEMANN (1977) könnte dieses Schema den heutigen Anforderungen des Rehabilitationswesens gerecht werden. Allerdings ist der präventive und rehabilitive Dienst in der BRD noch nicht so weit entwickelt.

Die Leistungen zur Rehabilitation und teilweise Prävention werden von den Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung, der Rentenversicherung, der Unfallversicherung,der Arbeitsvermittlung, der Sozialhilfe, der Kriegsopferversorgung u.a. übernommen. Die Leistungen der Krankenversicherung treten dann ein, wenn der Versicherte krank ist, d.h. wenn "... ein regelwidriger Körper- oder Geisteszustand, der Heilbehandlung erfordert oder Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat", vorliegt (STROEBEL 1975, S. 3). Der Begriff der Erwerbsfähigkeit

ist damit für die Krankenversicherung nur ein Aspekt bei der Gewährung von Rehabilitationsmaßnahmen (vgl. z.B. v. FERBER 1976, S. 677). Für die Träger der Rentenversicherung hatte dieser Aspekt aber bisher einen zentralen Stellenwert. So wurde mit den Gesetzen zur Neuregelung der Rentenversicherung von 1957 einmal festgelegt, daß Regelleistungen der Rentenversicherungsträger in Maßnahmen zur Erhaltung, Besserung und Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit bestehen. Außerdem wurde bestimmt, daß alle Maßnahmen der Rehabilitation Vorrang vor der Gewährung einer Rente wegen Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit haben. Zumindest sollte der Eintritt dieser Fälle möglichst lange hinausgeschoben werden. Darüber hinaus gelten die oben erwähnten sozialethischen Bestimmungen des Rehabilitationsneuanpassungsgesetzes von 1974 auch für die Maßnahmen und Leistungen des Rentenversicherungsträgers (vgl. z.B. v. FERBER 1976). Die verschiedenen Träger haben präventive und rehabilitive Maßnahmen zu übernehmen, wie etwa Vorsorgeuntersuchungen, Frühheilverfahren und rehabilitive Heilverfahren. Die Heilbehandlung, die der Gesetzgeber (§ 1237 RVO) neben der Berufsförderung und der sozialen Betreuung als Maßnahme nennt, umfasst vor allem die Behandlung in speziellen Kur- und Badeorten mit entsprechenden Spezialanstalten, wie Sanatorien und Kurkliniken.

2.2.1 Das Heilverfahren bzw. die Kur

2.2.1.1 Definitionen, Formen, Aufgaben

Mit diesen Ausdrücken wird eine stationäre Heilbehandlung bzw. Heilmaßnahme in speziellen Sanatorien bzw. Kurkliniken bezeichnet, die in der Regel vier bis sechs oder mehr Wochen umfasst und häufig von den Rentenversicherungsträgern übernommen wird. Für sie gelten die oben genannten Aufgaben der Erhaltung, Besserung oder Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit, der möglichsten Vermeidung von Frühinvalidität und darüber hinaus die genannten humanistisch-sozialethischen Zielsetzungen. Auch sind die Aufgaben von verschiedenen Disziplinen zu übernehmen und präventive und rehabilitive Aktivitäten fließen,

wenn auch unterschiedlich akzentuiert, zusammen. So wird die Kur als eine "... systematische, verschiedene Therapieformen berücksichtigende interdisziplinär integrierende, für den Zeitraum eines "Gesundheitsbildungstrainings" verdichtete Prävention oder Rehabilitation im Rahmen eines individuellen, lebenslänglichen Gesundheitsprogramms" (HALHUBER 1976, S. 86) verstanden. Dabei bestehen Ziele präventiver Kurmaßnahmen in gesundheitsgemäßem Verhalten, das über Unterricht und Anleitung erreicht werden soll, um Risikofaktoren zu vermeiden oder auszuschalten, und in der Früherkennung und Frühbehandlung drohender Erkrankungen. Die rehabilitiven Kurmaßnahmen zielen auf physische Anpassung an körperliche Belastungen, seelische Anpassung sowie soziale Anpassung an Forderungen des Berufs, der Familie und der Gesellschaft im Ablauf einer Erkrankung bei noch geschwächten Funktionen ab (DEUTSCHER BÄDERVERBAND 1969, S. 9 ff.).

Aus Gründen unterschiedlicher Krankheits- und Störungsbilder und differentieller, darauf bezogener Behandlungsmethoden erscheint es unzweckmäßig, von einem uniformen Verständnis der Kur auszugehen. So unterscheidet z.B. DELIUS die "... organmedizinisch begründete, spezialistische Rehabilitation, zumal die Zweitprävention der vorher akut Erkrankten aus den verschiedenen Fachbereichen" (1973 , S. 103) in geeigneten Kurkliniken oder Sanatorien (1976b, S. 658) von der "unspezifischen Gesamtbehandlung aus allgemein sozialmedizinischer oder psychosomatischer Indikation" (1973 , S. 103) in Kurheimen oder im Rahmen freier Badekuren (1976b, S. 658, 659). Entsprechend stellt auch HÖFT (1973, S. 11) eine doppelte Tendenz im Aufbau der Heilverfahren der Rentenversicherungsträger fest: Frühzeitige Erfassung und Behandlung (Prävention) sowie Schwerpunktbildungen für die Behandlung spezieller Krankheitsgruppen und Durchführung einer vollständigen Rehabilitation.

Hinsichtlich der Zuständigkeit lassen sich verschiedene Typen von Heilstätten unterscheiden: 1. Schwerpunktklinik, spezialisiert auf bestimmte Indikationen (wie z.B. Herzinfarkt), 2. Kurklinik mit Einfach- oder Mehrfachindikation, wobei

Schwerpunktklinik und Kurklinik über eine umfangreichere therapeutische und diagnostische Ausstattung verfügen als 3. Sanatorien und 4. Kurheime, für die auch Einfach- und Mehrfachindikationen gelten (HÖFT 1973, S. 12).

WANNENWETSCH (1971) klassifiziert die Kuren nach Krankheitsstadien und unterscheidet 1. Vorsorgekuren (Frühheilverfahren mit physiko-therapeutischen und psychotherapeutischen Maßnahmen), 2. Bade- und Klimakuren (Badekuren, bei denen die soziale Indikation für die geschlossene Form - im Gegensatz zur freien Badekur - mit besonderen Chancen einer sozialpädagogischen Wirkung wichtig ist, sowie reine Klimakuren), 3. klinische Kuren (Indikation bei organisch schweren Erkrankungen, in manchen Fällen auch als sogenannte Nachsorgekuren, z.B. nach der Krankenhausbehandlung des Herzinfarktes) und 4. sonstige Heilmaßnahmen (bei Kindern und nicht selbst versicherten Angehörigen der Versicherten) sowie 5. Wiederholungskuren (die die Versicherungsträger bei bestimmten Erkrankungen, wie z.B. chronischen Lebererkrankungen, in Gang setzen).

Zunehmend findet die sogenannte "aktive Kur" Beachtung. Sie erfordert den Willen des Patienten zur Mitarbeit bzw. versucht, ihn dazu zu motivieren (vgl. z.B. KIRSCHNER 1973, S. 76).

Soweit wir im weiteren Verlauf dieser Arbeit nur noch von "Kuren", "Heilmaßnahmen", "Heilverfahren" und "Rehabilitationsmaßnahmen" sprechen, wählen wir diese Ausdrücke nur der Einfachheit wegen. Wir gehen aber durchweg von dem Verständnis aus, daß diese Maßnahmen mit der nun hinreichend deutlich gewordenen Doppelaufgabe von Prävention und Rehabilitation befasst sind.

2.2.1.2 Zur Häufigkeit und Verteilung der stationären Heilverfahren der Rentenversicherungsträger

Längere Zeit stieg die Zahl stationärer Heilverfahren der Rentenversicherungsträger ständig an. So nahm etwa im Bereich der Bundesversicherungsanstalt Berlin die Zahl der beantragten Kuren von 1967 bis 1972 um knapp 40 % zu und auch 1972 und 1973 war noch eine leichte Zunahme festzustellen. Die Zahl der Antragsteller sank allerdings aufgrund der wirtschaftlichen Rezession ab dem Jahr 1975 ab. So liegt die Zahl der insgesamt übernommenen Heilbehandlungen (wegen allgemeiner Krankheiten und wegen Tuberkulose) für 1977 bei 668.000 (mit einem Anteil von 371.000 der Arbeiter-, von 278.000 der Angestellten- und von 19.000 der Knappschaftlichen Rentenversicherung), während er für 1976 noch bei 730.000 (mit einem Anteil von 422.000 der Arbeiter-, von 287.000 der Angestellten- und von 21.000 der Knappschaftlichen Rentenversicherung) lag (VERBAND DEUTSCHER RENTENVERSICHERUNGSTRÄGER 1979).

Nach einer Übersicht von v. FERBER (1976), die sich allerdings nur auf die Zeit bis 1971 bezieht, kann die Frage, wer zur Kur gehe, u.a. anhand der folgenden Gesichtspunkte beantwortet werden: Im Vergleich zur Versichertenzahl erhalten Angestellte und Arbeiter etwa gleichhäufig eine Kur (etwa 3% der Versicherten pro Jahr). Die Altersgruppen sind sehr unterschiedlich verteilt. Von den unter 40-Jährigen gehen nur 1% und von den über 40-Jährigen etwa 6% zur Kur. Frauen scheinen etwas häufiger an einem Heilverfahren teilzunehmen als Männer. Dieser Trend gilt vor allem für ältere weibliche Angestellte. Er verschärft sich erheblich zuungunsten von Arbeiterinnen und Müttern, wenn die Analysen nur auf der Grundlage der Kurpatientenzahlen erfolgen (vgl. GERCKE 1976a). Bei der Aufteilung nach fünf Diagnosegruppen ergibt sich eine unterschiedliche Häufung von bestimmten Diagnosen in unterschiedlichen Altersgruppen. Heilverfahren der 30- bis 50-Jährigen werden häufiger mit einer Neurose oder vegetativen Dystonie begründet, während diejeni-

gen für 50- bis 65-Jährige häufiger mit ischämischen Herzkrankheiten, Bronchitis oder Emphysenbronchitis begründet werden. Die Zahl der abgelehnten Kuranträge ist sehr gering (z.B. bei der BfA 1971 2,4%). Der Anteil der Kurwiederholer liegt bei LVA und BfA etwa bei 40% (in bezug auf die letzten 5 Jahre) mit der niedrigsten Wiederholerquote bei vegetativen Dystonien, Neurosen und Psychosen und der höchsten Wiederholerquote bei Bronchialasthma,Bronchitis und Lungenemphysen (v. FERBER 1976, S. 682-686). Unter dem Gesichtspunkt des Trends in den verschiedenen Diagnosegruppen ergibt sich für die "psychovegetativen Syndrome" (meistens synonym mit vegetativer Dystonie gebraucht) mit 7% die höchste jährliche Steigerungsrate, die allerdings nur auf Berechnungen bis zum Anfang der 70er Jahre beruht (GERCKE und GERCKE 1973).

2.3 Definitionen zu psychosomatischen Krankheiten und Störungen sowie psychischen Belastungen, zu Krankheits- bzw. Gesundheitsverhalten, zu Psychotherapie bzw. psychotherapeutisch-psychologischen Rehabilitationsmaßnahmen, Gesundheitserziehung und Rehabilitations- bzw. Kurerfolg

Nachdem wir begriffliche und institutionelle Grundlegungen zu Rehabilitation, Prävention und Heilverfahren vorgenommen haben, gehen wir nun auf Definitionen zu weiteren zentralen Begriffen der vorliegenden Arbeit ein.

Bezüglich der psychosomatischen Störungen und Krankheiten halten wir uns an die Unterscheidung zwischen 1. psychosomatischen (psychophysiologischen) Krankheiten im engeren Sinn: Somatische Befunde, d.h. morphologisch fassbare ("organische") Veränderungen sind mit Störungen des Befindens und Verhaltens kombiniert; den emotionalen und im weitesten Sinn psychosozialen Bedingungen wird eine besondere, wahrscheinlich pathogenetische Bedeutung für den somatischen Befund zugesprochen; 2. psychosomatischen (psychophysiologischen) Störungen im weitesten Sinn: somatisch-funktionelle Störungen, d.h. reversible Funktionsanomalien sind mit Störungen des

Befindens und Verhaltens kombiniert; den emotionalen und im weitesten Sinn psychosozialen Bedingungen wird ein wesentlicher Anteil an der Entstehung und Ausbildung der psychovegetativen und psychomotorischen Syndrome zugesprochen; 3. psychosomatischen (psychophysiologischen) Phänomenen im allgemeinsten Sinn: Emotionale und im weitesten Sinn psychosoziale Bedingungen sind mehr oder minder wichtige, mitauslösende oder pathoplastische, den Heilungsverlauf und die Rehabilitation fördernde oder hemmende (Rand-)Bedingungen von Krankheiten mit somatischem Befund, wobei jede Krankheit einen psychosomatischen (psychophysiologischen) Aspekt hat. Psychosomatische Phänomene sind Begleit- oder Folgezustände organisch begründeter Krankheiten oder Störungen, u.a. von hirnorganischen Prozessen, Stoffwechselanomalien, Infekten oder Intoxikationen (FAHRENBERG u.a. 1978b,S. 5; siehe auch BRÄUTIGAM und CHRISTIAN 1975, S. 2; SCHMIDT und BECKER 1977, S. 367-371; v. UEXKÜLL 1979a).

Diese Begriffsbestimmungen werfen erhebliche Probleme auf, so etwa den Mangel an Spezifizierung der behaupteten Psychogenese, an logisch-methodischen Präzisierungen der angenommenen besonderen Pathogenese u.a. (FAHRENBERG u.a. 1978b, S. 1-7). Aufgrund der verbreiteten Konvention und folglich leichteren Verständigung werden die genannten begrifflichen Abgrenzungen im folgenden beibehalten.

Hinsichtlich der psychischen und psychosozialen Belastungen gehen wir zunächst von der Definition BARTENWERFER's (1961, S. 63) zur Beanspruchung aus: Ein "... biologischer Vorgang der allmählichen Schwächung der psychophysischen Struktur des Individuums infolge anhaltender psychischer Aktivität. Die Schwächung pflegt sich in der Verschlechterung bestimmter Leistungen auszudrücken oder in der Vergrößerung der nötigen psychischen Anstrengung je Leistungseinheit. Außerdem pflegen bestimmte physiologische Reaktionen verändert zu sein und es kommt in der Regel zu bestimmten Erlebnissen (z.B. Müdigkeitsempfindungen)". Mehr oder weniger unabhängig davon, inwieweit sich Beanspruchungen in Leistungsabfällen äußern, er-

scheint uns darüber hinaus die betont subjektiv orientierte Fassung des Stressbegriffes, so z.B. bei DORSCH (1976, S. 589), von Bedeutung: "Allgemein eine Belastung (z.B. "situation under stress"). Im Organischen und Psychischen jede Belastung, die als solche erlebt wird. ... Der Stressbegriff wird zunehmend zur Kennzeichnung der extremen Belastungen benützt, denen der Mensch der Gegenwart ausgesetzt ist: nervöse Anfälligkeit, Erschöpfung, Neurosebereitschaft als Folge von seelischem Druck, Ärger, Hetze, Angst durch Häufung tragischer Ereignisse".

Was das Gesundheits- und (als weiterer Indikationsbereich psychotherapeutischer Rehabilitationsmaßnahmen; siehe unten) das Krankheitsverhalten betrifft, so erscheint uns eine Formulierung von KASL geeignet, die folgende, freilich teilweise überlappende, Unterschiede enthält. KASL unterscheidet zunächst eine biologische und eine behaviorale Ebene, auf denen sich Änderungen im Gesundheitsstatus einer Person ereignen. Auf der erstgenannten können solche Änderungen gekennzeichnet werden durch verschiedene Stadien: "health, asymptomatic disease susceptible to detection, symptomatic disease not yet diagnosed, manifest disease at time of diagnosis, course of disease as influenced by treatment, and disease after therapy (outcome)". Auf der verhaltensmäßigen Ebene unterscheidet der Autor: "a) Health behavior: any activity undertaken by a person believing himself to be healthy, for the purpose of preventing disease or detecting it in an asymptomatic stage. b) Illness behavior: any activity, undertaken by a person who feels ill, to define the state of his health and to discover a suitable remedy. The principal activities here are complaining and seeking consultation from relatives, friends, and from those trained in matters of health. c) Sick role behavior: the activity undertaken by those who consider themselves ill, for the purpose of getting well; it includes receiving treatment from appropriate therapiests, generally involves a whole range of dependent behaviors, and leads to some degree of

negled of one's usual duties" (1975, S. 174). Die Variablen, die alle drei Klassen gesundheitsbezogenen Verhaltens beeinflussen, werden in einem "health belief model", einer theoretischen Formulierung, in der auch Ansätze von HOCHBAUM, KEGELES, LEVENTHAL und ROSENSTOCK integriert werden, zusammengefasst (KASL 1975, S. 174). Zum Begriff des "Krankheitsverhaltens" siehe auch die Fassungen bei SIEGRIST (1974, S. 84 ff.) sowie HEIM (1975).

Hinsichtlich der Psychotherapie gehen wir von der Definition STROTZKA's (1978a, S. 4) aus: "Psychotherapie ist ein bewußter und geplanter interaktioneller Prozess zur Beeinflussung von Verhaltensstörungen und Leidenszuständen, die in einem Konsensus (möglichst zwischen Patient, Therapeut und Bezugsgruppe) für behandlungsbedürftig gehalten werden, mit psychologischen Mitteln (durch Kommunikation) meist verbal aber auch averbal, in Richtung auf ein definiertes, nach Möglichkeit gemeinsam erarbeites Ziel (Symptomminimalisierung und/oder Strukturänderung der Persönlichkeit) mittels lehrbarer Techniken auf der Basis einer Theorie des normalen und pathologischen Verhaltens. In der Regel ist dazu eine tragfähige emotionale Bindung notwendig".

Wenn von psychotherapeutischen bzw. psychologischen Rehabilitationsmaßnahmen gesprochen wird, dann sind folgende definitorische Grundlagen eingeschlossen: Einmal sind im engeren Sinne jene psychotherapeutischen Beeinflussungsprozesse im Sinne der Definition STROTZKA's gemeint, die in methodenspezifischer Form bzw. in modifizierter methodenspezifischer Form (z.B. als psychoanalytische, klientzentrierte, verhaltenstherapeutische, gestalttherapeutische Behandlungsform) oder in kombinierter bzw. integrativer Form, als Einzel- und/oder Gruppenmaßnahme im Laufe, ggfs. auch im Anschluß an stationäre Heilverfahren bei den Patienten, ggfs. auch bei deren Sozialpartnern, zur Anwendung kommen. Zum anderen sind in einem weiteren Sinne solche Beeinflussungsprozesse gemeint, die theoretisch-praktischer Bestandteil einer dem-

entsprechenden Psychotherapie im rehabilitiven Kontext sein können, oder/und Anwendungen aus Erkenntnissen der psychologischen Grundlagenfächer zur Erlebnis- und Verhaltensänderung darstellen und als solche im Hinblick auf rehabilitationsspezifische Ziele (z.B. Gesundheitserziehung u.ä.) in das Gesamt der psychologischen Behandlungsmethoden aufgenommen werden. Für die beiden Beeinflussungsvorgänge im engeren und weiteren Sinne gilt, daß sie untereinander in einem theoretischen und praktischen Austausch stehen, und daß sie in der Regel in Koordination mit den Behandlungsmaßnahmen anderer wissenschaftlicher Disziplinen, insbesondere der Medizin, und zwar von therapeutisch anerkannt qualifizierten Fachkräften praktisch ausgeübt werden und einer wissenschaftlichen Kontrolle zugänglich sind. Die beiden Gruppen der Beeinflussungsvorgänge gehören zugleich zu den Gegenständen der Rehabilitationspsychologie (siehe unten), die anhand von Methoden und Erkenntnissen der Psychologie mit den ätiologisch bedeutsamen Vorbedingungen, der diagnostischen Erfassung, den Auswirkungen und der Modifikation sowie dem Verlauf der zu rehabilitierenden Störungen und Krankheiten, bzw. deren verhaltens- und erlebnismäßigen Anteile, in Theorie und Praxis befasst ist (vgl. z.B. AUGSBURGER u.a. 1977).

Um den gegenseitigen Austausch der psychotherapeutisch-psychologischen Rehabilitationsmaßnahmen im engeren und im weiteren Sinne und die damit verbundene Offenheit für weitere Entwicklungen in beiden Bereichen zum Ausdruck zu bringen, sprechen wir, jeweils in gleichbedeutender Verwendung, nicht nur von "psychotherapeutischen" sondern auch von "psychologischen" "Rehabilitations-, Kur-, oder Behandlungsmaßnahmen".

Noch ein weiterer Begriff, der im Kontext von Rehabilitation und Kur eine maßgebliche Rolle spielt, soll umschrieben werden, und zwar der der Gesundheitserziehung. Wir folgen der Formulierung von v.FREYTAG-LORINGHOVEN (1967, zit. nach SCHAUWECKER 1977, S. 48, 49). Unter Gesundheitserzie-

hung sind hiernach zu verstehen "alle Formen der Steuerung des gesundheitlich-relevanten menschlichen Verhaltens beider Geschlechter in allen Lebensphasen. Wiewohl auf Kindheit und Jugend akzentuiert, tritt neuerdings die Gesundheitserziehung z.B. in der Arbeitswelt, im Alter, usw. stärker in den Vordergrund. Aufgabe der Gesundheitserziehung ist eine Verhaltensformung zur Vermeidung gesundheitlicher Schäden und zum Erreichen optimalen, körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens ... Die Zielvorstellung der Gesundheitserziehung ist ein harmonisch entwickelter Mensch, der ohne übermäßige Reglementierung durch Zwang im Sinne gesundheitlicher Eigenverantwortung handelt und in dem Gemeinwesen auf andere im gleichen Sinne einwirkt. Sein Verhalten ist durch ausreichendes Wissen um Wert und Wirkung gesundheitlicher Faktoren fundiert. Zu den Motiven der Gesundheitserziehung gehören soziale, ethische, karitative, aber auch ökonomische Überlegungen".

Der Begriff des Rehabilitations- bzw. Kurerfolgs ist durch die Bestimmungen der RVO und der dazu vorhandenen gesetzlichen Neuregelungen in seinen wesentlichen Bestimmungsstücken vorgegeben. Ausgehend von den dort genannten Zielen der Rehabilitationsmaßnahmen im Sinne der Erhaltung, Besserung und Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit sowie der erfüllteren Lebensmöglichkeiten lassen sich zumindest die beiden Gruppen objektiver und subjektiver Kurerfolgsindikatoren bzw. -kriterien unterscheiden. Den erstgenannten werden häufig die Verminderung der krankheitsbedingten Fehlzeiten, die Senkung der vorzeitigen Berentungen, die verminderten Ausprägungen in sogenannten Risikofaktoren u.ä. zugeordnet. Den zweitgenannten werden subjektive Verhaltens- und Erlebnismerkmale bei den behandelten Patienten, die mit den genannten objektiven Merkmalen in Beziehung stehen, z.B. die Veränderungen in der berufsbezogenen Zufriedenheit, in der Bewältigung psychosozialer Belastungen, aber auch in solchen subjektiven Charakteristiken zugeordnet, denen - zumal auf dem Hintergrund der Rehabilitationsneuanpassungsgesetze -

ein solcher Zusammenhang zukommen kann aber nicht unbedingt muß, so z.B. Veränderungen in subjektiven Stimmungen, Beschwerden, außerdem in - auf subjektiver Selbstbeschreibung basierenden - Persönlichkeitsmerkmalen u.a. Zu subjektiven Erfolgsmerkmalen gehören zum überwiegenden Teil auch die Einschätzungen der Patienten durch ihre Sozialpartner, Arbeitgeber, Ärzte u.a. . Da die Gesamtheit der Wirkungen, die sich auf die im Rahmen stationärer Rehabilitationsmaßnahmen wirksamen Bedingungen (insbesondere therapeutischer Art) zurückführen läßt (vgl. 1), nicht nur unter dem Gesichtspunkt des Erfolgs erfasst werden kann, wird häufig neutraler auch von Kur- bzw. Rehabilitationseffekten gesprochen, von denen - über den zeitlichen Verlauf hinweg - eher kurzfristige und am Ende einer Kur erhebbare, sowie längerfristige und in Katamnesen feststellbare, unterschieden werden können. Erst im Zuge einer differenzierten Analyse dieser verschiedenen Wirkungen kann dann entschieden werden, inwieweit sie einen Erfolg (auch einen Teilerfolg, keinen oder einen Misserfolg) darstellen (vgl. z.B. DELIUS 1975b; v.FERBER 1976; GÖLLNER 1973; KULPE 1975).

3 Zur Theorie und Praxis der Rehabilitation einschl. Prävention und zum Beitrag der Psychologie

3.1 Interdisziplinäres Zusammenwirken als Aufgabe

Bereits die Unterscheidung zwischen medizinischer, sozialer und beruflicher Rehabilitation und die Hervorhebungen etlicher Autoren, daß sich rehabilitive Maßnahmen stets am ganzen Menschen orientieren sollten, haben auf die unvermeidliche Kooperation und Koordination verschiedener Disziplinen verwiesen (z.B. INCE 1974).

So postuliert z.B. KNAPP (1977, S. 18), daß die rehabilitationsrelevanten Behinderungsfolgen "...gezielte fachliche Maßnahmen im Rahmen der Medizin, Psychologie und beruflichen Pädagogik verlangen...". Neben diesen bilden noch weitere Fachdisziplinen, wie Soziologie und Sozialmedizin, Sozialpädagogik und Sozialarbeit, das "System Rehabilitation" (WIEDEMANN 1977, S. 7). Ebenso wie das Funktionieren der Rehabilitation hängt auch das der Prävention von einem interdisziplinären Zusammenwirken ab (vgl. DEUTSCHER BUNDESTAG 1975; FESER 1978; SEUBERT 1978). Die Entwicklung zu einer solchen vermehrten Koordination im Bereich der theoretischen Reflexion wie der praktischen Gestaltung präventiver und rehabilitiver Maßnahmen (vgl. AUGSBURGER u.a. 1977), hat verschiedene wissenschaftliche und gesellschaftliche Gründe, von denen einige genannt sein sollen:

- Mit dem bisher im wissenschaftlichen und gesundheitspolitischen Bereich nahezu monopolartig verankerten "Medizinischen Modell" von Krankheit und Erkrankung konkurrieren zunehmend andere Modelle, unter denen in bezug auf psychopathologische Phänomene das sozial-wissenschaftlich-lerntheoretisch fundierte Modell eine besondere Beachtung erhalten hat. Es hebt gegenüber Krankheit und Gesundheit als qualitativ verschiedenen Größen Verhaltensstörungen hervor, die einsozialisierte Selbstverständlichkeiten der alltäglichen Kommunikation in Frage stellen. Es betont gegenüber einer ausschließlich ins Individuum hineinver-

legten Ursachenbetrachtung den interaktionellen Kontext mit seinen Normen und Regeln. Und es bezieht über eine auf das Individuum konzentrierte und häufig mit stigmatisierenden und identitätsverändernden Prozessen verbundenen Therapie hinaus Bezugspersonen und Umgebungsfaktoren ein (vgl. z.B. KEUPP, 1972, 1974, 1975; zur Kritik und Weiterentwicklung des sozialwissenschaftlichen Modells z.B. GOVE 1975; KEUPP 1976; TREPPENBAUER 1976). An die Stelle einer zunächst einseitig geführten Kontroverse um die Adäquanz der Störungs- und Krankheitsmodelle ist inzwischen eine zwar weiterhin zu beobachtende Differenzierung und Präzisierung der verschiedenen Perspektiven (vgl. z.B. GLEISS 1978, 1979), nicht zuletzt auch im Zusammenhang mit den inzwischen sichtbar gewordenen Mängeln, beispielsweise der Labeling-Perspektive (vgl. GOVE 1975; KEUPP 1976), getreten. Andererseits zeichnet sich auch eine Phase der wieder zunehmenden Kommunikation zwischen verschiedenen, insbesondere etwa klinisch-psychologisch und sozialwissenschaftlichen sowie medizinisch-psychiatrischen Modellentwicklungen ab, wie dies z.B. in der Formulierung eines biopsychosozialen Krankheitsmodells durch ENGEL (1979, das freilich noch recht programmatisch bleibt) oder/und in den Themen der gegenwärtigen psychosomatischen Forschung (vgl. z.B. BERBALK 1978) deutlich wird (vgl. auch KEUPP 1979b).

- Mit dem Ausbau der Sozialmedizin und in diesem Zusammenhang der sozialepidemiologischen Forschung zeichnet sich weiterhin die schon seit einigen Jahren einsetzende Ausarbeitung von Modellen ab, anhand derer die Wechselwirkung von psychischer und somatischer Krankheit bzw. Gesundheit und Gesellschaft, bzw. gesellschaftlich-sozialer und soziokultureller Faktoren (Arbeitsplatz, Sozialschicht, Geschlecht, Alter, Interaktion, Normen u.a.m.) zu systematisieren versucht wird (vgl. z.B. BLOHMKE u.a. 1975, 1976, 1977; BUGGLE und FERSCHING 1980 ; KATSCHNIG 1980; KEUPP 1979b; KING 1978; LEVI 1972, 1978; SCHAEFER und BLOHMKE 1972; SCHAEFER und HEINEMANN 1975; STRAUSS 1979; THOMA 1978). Die oben

genannte Differenzierung der Perspektiven zeigt sich hier u.a. insofern, als vermehrt ein "Platz" für eine psychologische Perspektive innerhalb der ätiologisch orientierten epidemiologischen Forschung beansprucht und systematisiert wird (vgl. z.B. BUGGLE und FERSCHING 1980; GLEISS 1978, 1979; KEUPP 1979a).

- Präventive und rehabilitive Maßnahmen bedürfen, wenn sie auf ihre "Adressaten" in einer "möglichst nachhaltigen Weise" einwirken sollen, einer diagnostischen Abklärung ihrer Vorbedingungen, die dem biopsychosozialen Simultangeschehen gerecht wird,und daher biochemische ebenso wie anamnestische und psychologische Erfassungsmethoden einschließt. Ebenso wird zunehmend erwartet, daß die Ziele präventiv-rehabilitiver Maßnahmen nicht nur mit den klassischen Behandlungsmethoden der kurativen Medizin sondern eher im wohlkoordinierten Einsatz von ärztlicher Behandlung, Psycho- und Verhaltenstherapie sowie Therapie der sozialen Bedingungen erreicht werden können (vgl. z.B. BRUSIS 1977; DELIUS und FAHRENBERG 1966; GERCKE 1973; KNAPP 1977).
- In der Psychologie zeichnen sich Bestrebungen ab, in der Forschung wie in der Praxis von Prävention und Rehabilitation einen eigenen Zuständigkeitsbereich als Rehabilitationspsychologie, Kurpsychologie u.ä. zu beanspruchen (vgl. z.B. BOCK 1975; DOUBRAWA 1976b; GOLDEN 1976; NEFF 1971; KATZENSTEIN und PRESBER 1975).
- Zunehmend wird die Bedeutung der Prävention und Prophylaxe herausgestellt, etwa in bezug auf Verhaltens- und Kommunikationsprobleme sowie Gesundheitsverhalten (vgl. z.B. SOMMER und ERNST 1977; FESER 1978; SEUBERT 1978; SOMMER u.a. 1978), deren Gestaltung und Erforschung wiederum sozialwissenschaftliche Konzepte, z.B. das der Kompetenzen (vgl. z.B. KAISER 1977; SOMMER u.a. 1978) nahelegt.
- Die Forschung zur Rehabilitation wird legitimiert und ausgebaut (vgl. z.B. BERKOWITZ u.a. 1975; BOLTON 1974, 1976; GERCKE 1976a, 1976b). Im Bereich stationärer Heilverfahren

können dadurch einige Fragen, z.B. hinsichtlich der Effektivität, zumindest ansatzweise beantwortet werden. Doch haben die Forschungsaktivitäten erst richtig deutlich gemacht, welche Mängel und Lücken bestehen. So ist z.B. unzureichend geklärt, welche psychosozialen Faktoren die Kurbedürftigkeit und -zuweisung mit bestimmen, nach welchen empirischen Zuordnungs- und Entscheidungsmodellen differentielle Behandlungsstrategien eingeleitet werden können, inwieweit sich mit Heilmaßnahmen Transferwirkungen auf gesundheitsrelevantes Verhalten erzielen lassen u.a. (vgl. z.B. ANTONS-BRANDI 1973a, 1973b; KURY und FERSCHING 1978). Eine Schließung solcher Lücken ist ohne Berücksichtigung sozialer, psychologischer und sozialpsychologischer Kategorien nicht zu erwarten (vgl. auch GERCKE 1976a; KLEINSCHMIDT 1972).

- Die Neuregelungen der §§ 1235 ff. der RVO, die die gesetzliche Grundlage der stationären Heilverfahren darstellen, legitimieren durch ihre verstärkte Einbeziehung sozialethischer Ziele (vgl. Kommentar von JANTZ und ZWENG zur RVO) psychologische, auch auf humanistischen Konzepten beruhende, Kriterien des Heilmaßnahmeerfolgs zu entwickeln und nach entsprechenden Prädiktoren zu suchen (vgl. SEIFERT 1977; auch STEELE 1976).

Die eben aufgeführten Bedingungen und Trends in Richtung einer von verschiedenen Disziplinen getragenen Praxis und Theorie der Prävention und Rehabilitation dürfen aber nicht darüber hinwegtäuschen, daß dabei in wissenschaftlicher und gesundheits- wie berufspolitischer Hinsicht Konflikte und Kontroversen auftreten. So dominiert in der Praxis der Rehabilitationsmaßnahmen nach wie vor die somatisch orientierte Medizin gegenüber sozialwissenschaftlichen Disziplinen. MÄURER (1973) bringt diese Ungleichgewichtigkeit in einen Zusammenhang mit der überwiegend somatisch orientierten medizinischen Ausbildung, der mangelnden Bereitschaft der Versicherungsträger, neben tiefenpsychologischen Verfahren andere psychotherapeutische Behandlungsmethoden zu

fördern, und der weitgehenden Abwehr und Ablehnung psychischer Krankheitsursachen bei Patienten. Ein weiterer Grund scheint in einem unzureichenden Identitäts- und Standesbewußtsein von Angehörigen des medizinischen Personals der Rehabilitations- und Kurkliniken zu liegen (vgl. z.B. v. TROSCHKE und SCHMÄDEL 1972), was diesen z.B. ein möglichst "klinisches Vorgehen" wertvoller erscheinen läßt. Genau dieses kann wiederum eigenverantwortliche und aktive Orientierungen der Patienten aber einschränken (vgl. z.B. ANTONS-BRANDI 1973a; auch MOHN 1978). Nicht zuletzt sind berufspolitische und im bestehenden Gesundheitssystem verankerte Konflikte nicht zu übersehen. "Fast die gesamte Organisationsform des Gesundheitssystems ist ... von den Ärzten aktiv selbst erkämpft und gesetzlich abgesichert, auf die alleinige Zuständigkeit der Ärzte für den Gesundheitsbereich ausgerichtet. Diese erhalten hierdurch eine Monopolstellung, die eine gleichberechtigte Zusammenarbeit mit anderen in der Gesundheitsversorgung tätigen Berufsgruppen ... sehr erschwert" (MALCHOW und SOMMER 1977, S. 29, 30). Offensichtlich ist also eine interdisziplinäre Zusammenarbeit in einem Spannungsbereich angesiedelt, dessen Pole u.a. durch die Konkurrenz von Krankheits- und Therapiemodellen, von Berufsgruppen und deren Kompetenzen (und Privilegien) gekennzeichnet sind (vgl. auch SOMMER u.a. 1978, S. 2920, 2921). Gleichwohl finden sich in manchen Rehabilitationseinrichtungen Anzeichen für ein partnerschaftliches Zusammenwirken (z.B. in manchen Alkoholikerkliniken).

3.2 Zum Beitrag der Präventions- und Rehabilitationspsychologie

Die Entwicklungslinien zu einer interdisziplinär gestalteten Prävention und Rehabilitation lassen keinen Zweifel aufkommen, daß hierbei praktische und theoretische Beiträge der Psychologie erforderlich sind (vgl. z.B. NEFF 1971; DOUBRAWA 1976b; FAHRENBERG u.a. 1978b; KURY und FERSCHING 1978. Wie kann nun die Rolle einer Präventions- und Rehabilitationspsychologie charakterisiert werden? Wir werden uns nun dieser Frage zuwenden.

Es lassen sich immer wieder Aufforderungen finden, Psychologen und psychologische Konzepte in die angewandte Prävention einzubeziehen. Entsprechende Anregungen gingen z.B. in den USA von der Mental Health-Bewegung aus (vgl. z.B. ROSENBLUM 1968; SANFORD 1972). FESER (1978, S. 3211) bemängelt, daß dieses Gebiet von der Psychologie im Bereich der BRD bisher nur wenig beachtet wurde. Psychologische Aufgabenstellungen könnten bestehen in der Ausbildung der Entscheidungsträger zur praktischen Anwendung von Forschungsergebnissen, der Anwendung sozialpsychologischer Erkenntnisse bei den Bemühungen um ein verändertes Gesundheitsbewußtsein, der frühzeitigen Erfassung von sozialen Problemen, der Gestaltung und Bewertung von Maßnahmen zur Vermeidung bzw. Milderung von Auswirkungen bereits bestehender Krankheiten. Praktische Beispiele sind z.B. die wissenschaftlichen Planungen von Aufklärungskampagnen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, die von Projektgruppen aus Medizinern, Psychologen und Pädagogen angeregt wurden (vgl. v.FESER 1975).

Auch für den Bereich der Rehabilitation beginnen sich Funktionen der Psychologie, vor allem in den USA, zu konturieren (vgl. z.B. MARINELLI und DELL ORTO 1977; MEISLIN 1976; NEFF 1971; WRIGHT 1975).

Nach KNAPP (1977) sprechen folgende Gründe dafür, eine eigene Rehabilitationspsychologie innerhalb der Klinischen Psychologie zu betreiben: 1. Besonderheiten im Rehabilitations-

bereich, die mit herkömmlichen therapeutischen und diagnostischen Ansätzen nur begrenzt angegangen werden können, 2. die Notwendigkeit, qualitativ neue diagnostische Methoden einzuführen (die z.B. Faktoren wie Lernfähigkeit, Regeneration verlorener Fähigkeiten und kompensatorische Ansatzmöglichkeiten berücksichtigen), 3. die Angewiesenheit der rehabilitiven Maßnahmen auf psychologische Disziplinen. Ohne auf diese Frage einer Legitimation eines eigenständigen "Revieranspruchs" der Rehabilitationspsychologie einzugehen, können wir feststellen, daß etliche Autoren die Notwendigkeit eines psychologischen Beitrags zur Lösung von rehabilitationsspezifischen Problemen übereinstimmend hervorheben. Wichtige Aufgaben werden sodann einmal in der Diagnostik bzw. in Assessmentprozeduren gesehen, die in funktionsbezogener und persönlichkeitsbezogener Hinsicht zur Beurteilung von Beeinträchtigungen, Kompensationspotentialen, Krankheitsverarbeitung, Motivierbarkeit und psychosozialem Kontext beitragen sollen (vgl. z.B. BLUMENTHAL und JOCHHEIM 1976b, S. 588; HINK 1973; KNAPP 1977, S. 25). Zum anderen besteht eine wichtige Aufgabe in der rehabilitiven Psychotherapie, die u.a. zur effektiveren Verarbeitung von Krankheit und Behinderung sowie von psychosozialen Belastungen und zur vermehrten Mitarbeitsbereitschaft wie angemessenen Gesundheitspflege bei den Patienten beitragen soll (vgl. z.B. BLUMENTHAL und JOCHHEIM 1976b, S. 588; HINK 1973; INCE 1976; KIJANSKI 1973, 1976; KNAPP 1977, S. 28; weiter zur rehabilitiven Psychotherapie siehe z.B. ENKE 1975).

Neben solchen Ansätzen im allgemeineren Präventions- und Rehabilitationsbereich die Rolle der Psychologie zu formulieren, wird diese zunehmend im Hinblick auf die stationären Gesundheits- und Heilmaßnahmen (Kuren) der Rentenversicherungsträger umschrieben (z.B. DOUBRAWA 1976b; FAHRENBERG u.a. 1978b; HEINRICH und HEINRICH-EVERS 1972; KIJANSKI 1973).

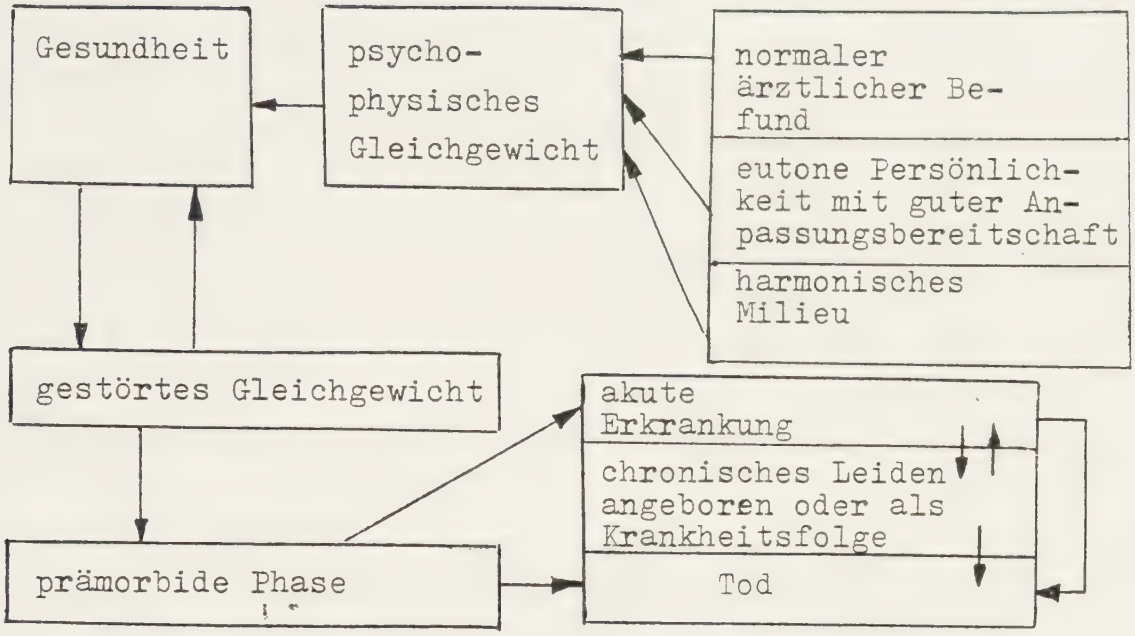
Dabei werden - wie unter den oben genannten Bezugnahmen auf den weiteren Rehabilitationsbereich - diagnostische sowie beraterische, therapeutische und gesundheitserzieherische Aufgaben, darüber hinaus aber auch Forschungsaktivitäten

sowie Aufgaben der Personalsupervision und Organisationsentwicklung genannt (vgl. z.B. DOUBRAWA 1976b). Kurpsychologische Forschung sollte sich u.a. auf Fragen der Selektion von Kurgängern, der psychosomatischen Bedingungsfaktoren für Störungen und Erkrankungen, der Indikation und Evaluierung verschiedener Behandlungsmaßnahmen (insbesondere auch psychologischer Behandlungskonzepte), der Erwartungen und Einstellungen, ebenso der Vorstellungen über Krankheitsgenese und Behandlung, bei Patienten und Personal, des Kurerfolgs und - korrespondierend damit - auf die Entwicklung von methodischen Instrumenten sowie von Klassifikations- und Entscheidungsmodellen beziehen (vgl. z.B. DOUBRAWA 1976b; FAHRENBERG u.a. 1978b; KURY und FERSCHING 1978). Tatsächlich sind zu einzelnen Aspekten erste Ansätze entwickelt worden, auf die wir im Zusammenhang mit Befunden aus der rehabilitiv-präventiven Forschung (3.3) eingehen.

3.3 Probleme und Ansätze der Präventions- und Rehabilitationsforschung unter besonderer Berücksichtigung psychologischer Forschung im Bereich stationärer Heilverfahren

Wir gehen im folgenden auf Probleme und Ansätze der Präventions- und Rehabilitationsforschung, insbesondere der psychologischen Forschung im Kontext stationärer Heilverfahren ein. Umrissen wird dieser Bereich einmal durch Probleme, durch die das "Vorfeld" rehabilitiver Maßnahmen charakterisiert ist, und zum anderen durch die Fragen, die sich im Rahmen dieser Maßnahmen selbst stellen.

In dem genannten Vorfeld spielen Fragen der Pathogenese und der Prävention eine wichtige Rolle. Eine allgemeine Orientierung hierüber gibt z.B. das Schema von THIEDING (zit. nach SCHOLZ und JOCHHEIM 1975, S. 54) zum Zusammenhang zwischen Gesundheit bzw. Krankheit und den psychosozialen Voraussetzungen:

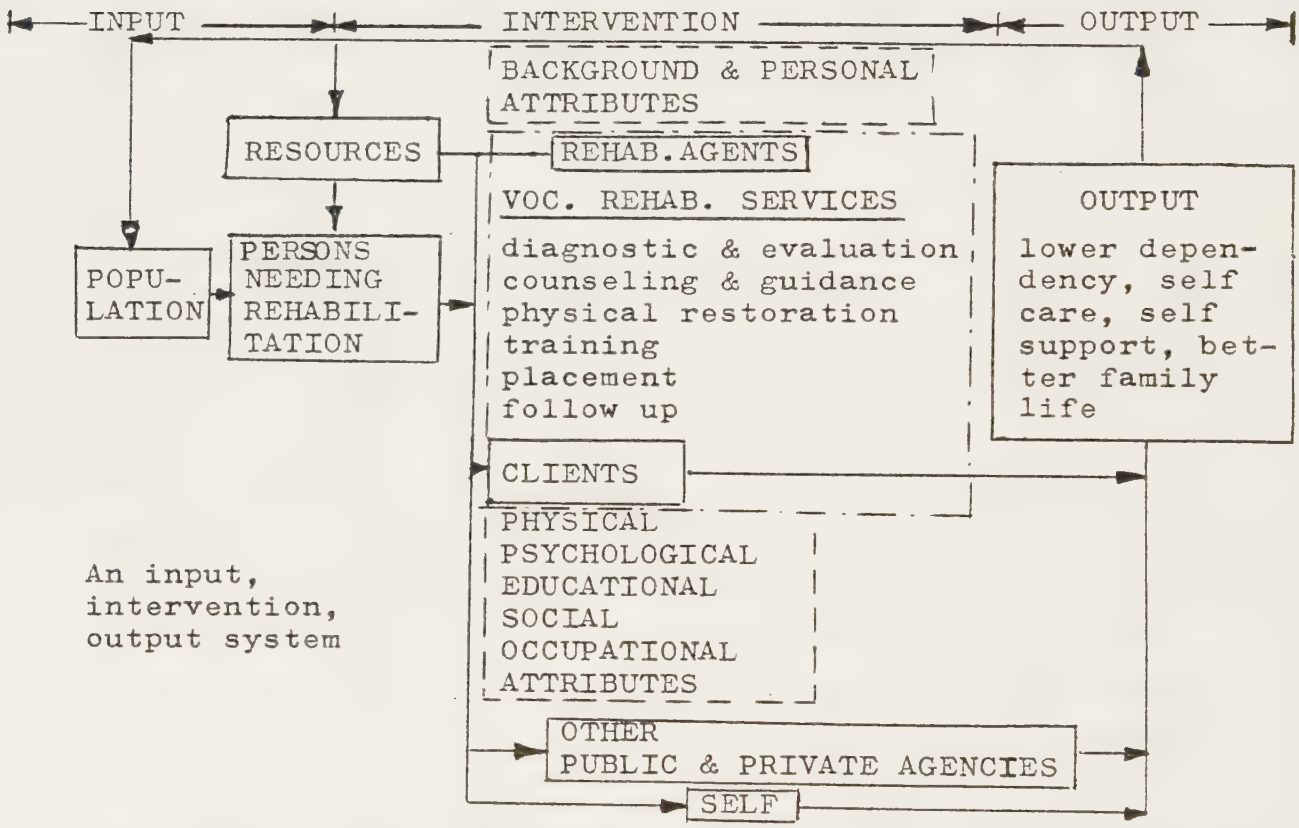


Das psychophysische Gleichgewicht kann gestört werden durch einen "regelwidrigen körperlichen oder geistigen Zustand", der im ärztlichen Befund zum Ausdruck kommt, wie auch durch persönlichkeitsspezifische Faktoren und soziale Bedingungen, unter denen "... die persönliche Lebenseinstellung und Anpassungsbereitschaft sowie die Milieugestaltung..." (SCHOLZ und JOCHHEIM 1975, S. 52,53) eine besondere Bedeutung haben. Solche Faktoren umreißen bereits psychologische Forschungsgegenstände, die sich weiter konkretisieren lassen, wenn sie in theoretischen Konzepten verankert oder/und auf bestimmte Klassen von Störungen und Krankheiten bezogen werden. So haben SCHAEFER und BLOHMKE (1977) für Koronare Herz-Krankheiten eine Hierarchie der Risiken entwickelt (S. 175-177),die sie in eine "Modelltheorie des psychosozialen Stress" (S. 178-179) einzuordnen versuchen.

Von besonderem Interesse für die psychologische Forschung scheinen "soziale" bzw. "sekundäre" Risikofaktoren, bei deren Vorliegen primäre Risikofaktoren, über pathophysiologisch-emotionale Vorgänge vermittelt, verstärkt auftreten. Die Autoren extrahieren aus bisherigen Forschungen folgende soziale Risiken: risikoreiches Verhalten (Rauchen, Alkohol,

Überernährung), sozialer Wandel, soziale Schicht (einschl. Prestige, Bildungsniveau), Mobilität, Sorgen, Angst, Stress, Belastungen im familiären Kontext, berufliche Belastungen, Arbeitsunzufriedenheit, Persönlichkeitsstruktur (S. 178).

Auch die Forschungsprobleme im Rehabilitationsbereich selbst lassen sich schematisch andeuten. Z.B. haben WALLS und TSENG (1976) ein "input-intervention-output-paradigm" (S. 208) dargestellt, das sich zwar auf den spezifischen Sektor der beruflichen Rehabilitation bezieht, aber allgemein genug formuliert ist, um relevante Probleme und Ansatzpunkte zu kennzeichnen:



An input, intervention, output system

Der Input enthält die Komponenten 1. einer allgemeinen Population und 2. einer Subpopulation aus rehabilitationsbedürftigen Personen und 3. einer Subpopulation von Personen, die die rehabilitiven Resourcen an die unter 2. genannte Subpopulation vermittelt.

Die Intervention repräsentiert die Phase, in der eine rehabilitationsbedürftige Person Rehabilitation erhält. Diese kann unterstützt werden durch die 1. Resourcen der rehabili-

tationsbedürftigen Person selbst, 2. Mithilfe öffentlicher und privater "agencies", 3. Hilfeleistungen der (Berufs-) Rehabilitationsvertreter selbst. Deren Funktionen sind innerhalb der gestrichelten Umrahmung beschrieben (Diagnostik, Bewertung usw.). Der Klient tritt in die Rehabilitation mit körperlichen, psychologischen, bildungsmäßigen, sozialen, beruflichen Stärken und Schwächen ein. Der Rehabilitationsagent bringt seinen eigenen Hintergrund mit persönlichen Eigenschaften ein. Die Interaktion zwischen beiden erfolgt über die verschiedenen Interventionsarten und unter Aktivierung der Resourcen des Klienten.

Zum Output-Stadium kommt der Klient im günstigsten Fall, wenn seine Abhängigkeit verringert, seine Selbsthilfe verbessert, seine Selbstverstärkung vermehrt und sein familiäres Leben stabilisiert ist.

Rehabilitationsforschung hätte sich nach diesem Modell zu beziehen auf Eingangsmerkmale der Patienten - im Vergleich zu Bezugsgruppen -, auf Merkmale der Behandlung und der Behandelnden (Therapeuten) sowie anderer Hilfsdienste außerhalb des rehabilitiven Kontextes, auf die im Rehabilitationsverlauf eintretenden Veränderungen im Verhalten und Erleben des Patienten, verschiedene Outputvariablen desselben und seiner sozialen Umgebung sowie auf die Interaktionen zwischen diesen Variablenbereichen. Das Modell gibt eine recht breite Orientierung und erlaubt weitere Differenzierungen, wenngleich es einige Bedingungen, z.B. diejenigen institutioneller und organisationspsychologischer Art, zu wenig berücksichtigt.

Wenn wir nun bisherige kur- bzw. rehabilitationspsychologische Forschungsansätze mit den eben sichtbar gemachten Forschungsproblemen vergleichen, dann gehen wir auf jene Ansätze nur kursorisch ein, da an anderer Stelle bereits Übersichten darüber erstellt wurden (vgl. z.B. BERKOWITZ u.a. 1975; BOLTON 1976; FERSCHING 1976; KURY und FERSCHING 1978). Zunächst einige inhaltliche und anschließend methodologische Bemerkun-

gen: Inhaltlich befassten sich bisherige psychologisch orientierte Arbeiten vorwiegend mit psychologischen, psychosozialen, auch physiologisch-somatischen und klinisch-chemischen Werten bei den Patienten, und zwar im Input- und Output-Stadium (Anfang und Ende des Heilverfahrens bzw. Zeit nach diesem). Seltener wurde die Bedeutung von Behandlungsmethodik- bzw. Therapeutenvariablen oder/und die Interaktion zwischen Patienten und Behandlungsvariablen untersucht. Entsprechende Forschungsthemen sind "Entwicklung methodischer Verfahren und Instrumente", "Erfassung von Kurverlauf, Charakteristiken in subjektivem Befinden und vegetativer Regulation","Motive", "Erwartungen und Einstellungen bei Patienten"(seltener bei Angehörigen des Rehabilitationspersonals), "kurbedingte Änderungen in Persönlichkeitsvariablen, Leistungsvariablen, Gesundheitsverhalten, psychosozialer Belastung, Lebensgewohnheiten, krankheitsbedingten Fehlzeiten", "Einfluß psychotherapeutischer Rehabilitationsmaßnahmen". In geringerem Umfang war die Forschung bisher mit Problemen im Vorfeld rehabilitiver Maßnahmen, die wiederum Art und Bedeutung von "Inputvariablen" mitbestimmen, befasst. Entsprechende Themen waren u.a. "Berufs- und Familiensituation und Krankheitsverhalten","soziale Schicht und Krankheitsverhalten", während z.B. Probleme der"Patientenselektion und -zuweisung zu Kliniken bzw. Behandlungen" bisher nur wenig angegangen wurden.

In methodologischer und wissenschaftstheoretischer Hinsicht nun sind wir mit etlichen Schwierigkeiten konfrontiert, deren gemeinsamer Nenner u.a. in der Kluft zwischen der Komplexität der Forschungsprobleme einerseits und der Struktur und dem Niveau des bisherigen Forschungsstandes andererseits zu bestehen scheint. Unter dem Gesichtspunkt der primär auf die Prävention bezogenen Forschung stellt z.B. SEUBERT (1978, S. 3179, 3180) fest, daß die bisher entwickelten Präventionsmodelle keine solide theoretische Grundlage für die Praxis der Prävention bieten. Hinter diesem Urteil steht der Anspruch, daß ein präventives Modell die Integration klinischer und sozialwissenschaftlicher Theorienbildung zur Er-

klärung von Verhalten und Erleben, eine genaue Definition dessen, was verhindert werden soll und eine Kenntnis der Gewichtung pathogener Bedingungen voraussetzt. Speziell im Hinblick auf die Evaluierung präventiver Aktivitäten besteht eine Diskrepanz zwischen den Forderungen nach wissenschaftlicher Kontrolle und den faktischen Forschungsbemühungen (S. 3199). Ganz ähnlich findet sich im Rehabilitationsbereich (der ja auch Präventionsmaßnahmen einschließt) eine Kluft zwischen sozialmedizinisch formulierten Prinzipien der Kurbehandlung (z.B. DEUTSCHER BÄDERVERBAND 1969) und der daraus folgenden Notwendigkeit differenzierter Forschungsvorhaben einerseits und "... wenig differenzierten Bemühungen im Bereich der Kurerfolgsforschung, die sich meistens damit begnügt, den ökonomischen Aspekt (Reduzierung der Arbeitsunfähigkeitstage) zu erfassen" (FAHRENBERG u.a. 1978b, S. 100), andererseits.

Im einzelnen sollen die folgenden Schwierigkeiten erwähnt werden: Die bisherigen Studien waren überwiegend deskriptiv angelegt, indem Veränderungen in interessierenden Variablenbereichen (auf ihre statistische Signifikanz hin) untersucht wurden. Diese deskriptive Orientierung hatte und hat durchaus ihren Nutzen, zumal dadurch erst einmal Hypothesen über Bedingungen und Wirkungen rehabilitiver Maßnahmen gewonnen werden können. Andererseits bleibt der Informationsgewinn über Bedingungs-Wirkungs-Zusammenhänge relativ gering, zumal sich nur wenige Studien um die Kontrolle relevanter Bedingungen (unabhängiger Variablen) bemühen. Häufig, vor allem in den letzten Jahren, wurde der Einfluß von (eventuell) moderierenden Variablen, wie z.B. Alter, Geschlecht, Krankheitsdiagnose und -dauer zu berücksichtigen versucht. Das Problem der experimentellen Kontrolle, also der Identifizierung relevanter rehabilitationsspezifischer Faktoren (die z.B. Aussagen über spezifische und unspezifische Wirkung von Heilverfahren im Vergleich zu anderen, privaten und/oder klinischen Erholungs- und Gesundheitsbildungsbemühungen erlauben könnten) ist damit freilich noch nicht gelöst. Lösungsmöglichkeiten bestünden in breiter angelegten

Kontrollgruppen- und Treatment-Versuchsplänen, die bislang nur selten anzutreffen sind (vgl. z.B. Vorschläge bei GÖLLNER 1973).

Weitere Schwierigkeiten bestehen darin, daß nur wenige Studien multivariat über mehrere Zeitpunkte hinweg und in Erfolgskriterien miteinander vergleichbar angelegt sind (z.B. MEDERT-DORNSCHEIDT 1975; WELSCH 1980), sondern sich eher auf die Untersuchung einzelner als relevant angesehener Variablen beschränken. Dabei werden Veränderungen in solchen Variablen etwas kurzschlüssig zu Erfolgskriterien ("closed-rehabilitated criterion" nach WALLS und TSENG 1976, S. 213) erhoben. Damit berühren wir ein weiteres, vielleicht zentrales Problem der Rehabilitationsforschung, nämlich das der Kriterien und ihrer empirischen und theoretischen Verankerung (vgl. BOLTON 1972; WIGGINS 1973).

Für den Bereich der stationären Heilverfahren gelten mindestens die drei Klassen der subjektiven, medizinischen und sozioökonomischen Erfolgskriterien (vgl. z.B. GÖLLNER 1973; KULPE 1975). Im Unterschied zu manchen anderen Bereichen angewandter Forschung sind hier durch gesetzlich-normative Festlegungen (im Rahmen der RVO) vor allem die beiden Kriterien der Erhaltung, Besserung und Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit sowie der möglichsten Verhütung vorzeitiger Berentung festgelegt (z.B. GERCKE 1965; WANNENWETSCH 1973). Im Zuge der gesetzlichen Neuregelungen wurden auch die bereits erwähnten sozialethischen Zielsetzungen, zu befriedigenden und erfüllten Lebensmöglichkeiten zu verhelfen, zu normativ verankerten psychosozialen Kriterien bestimmt (vgl. z.B. v.FERBER 1976). Indikatoren für die Veränderung von Erwerbsfähigkeit und Berentung sind in zahlreichen Untersuchungen die Anzahl der gemeldeten Fehltage am Arbeitsplatz nach dem Heilverfahren im Vergleich zu entsprechenden Zeiträumen vor diesem sowie die Zahl vorzeitiger Berentungen. Auch die finanziellen Aufwendungen im Gesundheitssystem, die für die Versicherten mit oder ohne Heilverfahren insgesamt, z.B. hinsichtlich Krankengeld, Lohnausgleich, Beitragsmehr-

einnahmen, Produktivität u.a. entstehen, werden zur Bewertung des Erfolgs herangezogen (vgl. z.B. FEIEREIS 1977; HOFFMEISTER und JUNGE 1976; KAUFMANN 1975, 1976; WANNENWETSCH 1971, 1973, 1974). Eine Übersicht über Erfolgskriterien beruflicher Rehabilitation gibt SEIFERT (1977, S. 714), wobei kurzfristige (erfolgreicher Rehabilitationsabschluß, Vermittlung eines Arbeitsplatzes), längerfristige (Erwerbstätigkeit, zeitlicher Umfang derselben, Berufsniveau und Einkommenshöhe im Vergleich zum früheren Beruf) betriebliche (Arbeitsleistung, Fehlzeiten, Fluktuation, soziale Anpassung, Unfallneigung) und individuelle, subjektive Kriterien (Arbeits- und Berufszufriedenheit) unterschieden werden. Diese werden vom Autor nach ihrer Relevanz und Reliabilität eingeschätzt. Aufgrund ihres Überblicks über die "Zielsetzungen und Erfolgskontrolle in der Rehabilitation internistisch Kranker, insbesondere von Patienten mit psychosomatischen Krankheiten und Störungen" haben FAHRENBERG u.a. (1978b, S. 98-122) eine Kombination von unmittelbaren und einstweiligen Kriterienbereichen (eine Unterscheidung im Anschluß an THORNDIKE) vorgeschlagen. Diese Bereiche umfassen bei Abschluß des Heilverfahrens die Bereiche des medizinischen Erfolgs, des (evtl.) Psychotherapieerfolgs, des Gesundheitsverhaltens, der psychosozialen Belastungsbedinungen, der weiteren Prognose, des Befindens und der körperlichen Beschwerden, der Persönlichkeits- und Einstellungsmerkmale (zu Krankheit, Heilmaßnahmen usw.) und in bestimmten Abständen nach Heilverfahrensabschluß Erwerbsfähigkeit, Arbeitstätigkeit, medizinischer Status, Gesundheitsverhalten, psychosoziale Belastungsbedingungen, weitere Prognose, Arbeits- und Berufszufriedenheit, Befinden und körperliche Beschwerden, Risikofaktoren, Persönlichkeitsmerkmale und Einstellungsmerkmale. Diese Kriterienbereiche sollten über Patienten, deren Sozialpartner, Ärzte, Psychologen und weitere Angehörige des therapeutischen Personals sowie über Arbeitgeber und Interviewer erhoben werden.

Es wird deutlich, daß weitere Forschungen teilweise durchaus an Kriterienbereichen, die bisherigen rehabilitations-psychologischen Studien vertraut waren, ansetzen können. Allerdings sind darüber hinaus folgende Gesichtspunkte zu berücksichtigen.

Objektivität und Reliabilität: Diese Gesichtspunkte spielen eine besondere Rolle bei subjektiven Einschätzungen durch Patienten, Sozialpartner und Therapeuten. Z.B. hat GÖLLNER auf verzerrende Einflüsse infolge des Drucks, die Ergebnisse der eigenen Arbeit zu rechtfertigen, hingewiesen, der etwa bei den Kurärzten eine Rolle spielen dürfte. Umso mehr ist die Einbeziehung unabhängiger Gutachter zu erwägen. Einschätzungen von Patienten und deren Sozialpartner sind anfällig für soziale Erwünschtheits-Dissimulations- und Simulationseffekte, für Effekte aufgrund der Interaktion mit den Sozialpartnern (z.B. die Einschätzung psychosozialer Belastungen). Auch auf Reliabilitätsprobleme im Zusammenhang mit den der Zeitreihenforschung inhärenten Problemen soll hingewiesen werden (vgl. FAHRENBERG u.a. 1976; WELSCH 1980), z.B. Lern- und Übungseffekte, Varianzerweiterungen, intraindividuelle Differenzierungsfähigkeit der Instrumente, Ausgangswertabhängigkeiten, Anderungen der Faktorenstrukturen u.a.m. (vgl. auch HARTIG 1975; PETERMANN 1977).

Validität und Bewährung: Die Kriterien sollen einmal die wirklich rehabilitationsspezifischen (also auf die im rehabilitiven Kontext wirksamen Bedingungen rückführbaren) Effekte messen und zum anderen das Phänomen des größeren oder geringeren Erfolgs (bzw. Mißerfolgs) "abbilden"; sollen sich also bewähren. Ein besonderes Problem besteht dann darin, ob Erfolgskriterien mehr oder weniger konform über verschiedene Unterschiede, insbesondere in Art und Ausmaß von Krankheiten und Störungen, konzeptualisiert werden sollen. Auch ist darauf hinzuweisen, daß so objektiv erscheinende Kriterien wie etwa die Senkung krankheitsbedingter Fehlzeiten nicht nur rehabilitationsspezifisch bedingt sind sondern auch von etlichen anderen Faktoren, wie z.B. Art der Krankheit

und subjektivem Krankheitsgefühl, Andauern oder Änderung unzuträglicher Arbeitsbedingungen, Furcht vor Arbeitsplatzverlust, Arbeitszufriedenheit, Umfang des Erholungsurlaubs, unterschiedlichen Statistiken von Betrieben und Krankenkassen und unterschiedlichen Krankmeldungsmodi bei Arbeitern und Angestellten u.a. abhängig sind (vgl. z.B.BLOHMKE und JOST 1976; GERCKE 1965; NEUBERGER 1975; ZIMMERMANN 1976). Fehlzeiten können somit nur als ein Indikator der Erwerbsfähigkeit angesehen werden, wie auch FAHRENBERG u.a. (1978b, S. 109) schlußfolgern. Verschiedene Aspekte der Kriterienmessung gefährden die interne und externe Validität (vgl. CAMPBELL und STANLEY 1970). PETERMANN (1977), der die Konzeption von CAMPBELL und STANLEY weiter entwickelt hat, weist u.a. auf die Wahl des Messzeitpunktes (Behandlungseffekt kann mit zeitlichem Abstand ab- oder zunehmen; letzteres hat z.B. GRAWE (1976) in katamnestisch erhobenen FPI-Werten von gesprächspsychotherapeutisch behandelten im Unterschied zu verhaltenstherapeutisch behandelten phobischen Patienten festgestellt), statistische Regressionseffekte und Verfälschungseinflüsse (bei Patienten und Therapeuten; siehe oben) hin und empfiehlt als Korrektur die Durchführung von Mehrpunktemessungen, die Verwendung reliabler Messinstrumente und die Erhebung von möglichst mehreren Kriterien (S. 84). Bezüglich der Messinstrumente zur Bewertung von Rehabilitations- und Psychotherapiemaßnahmen verweisen wir auf eine Übersicht bei FAHRENBERG u.a. (1978b, S. 123-142).

Theoretische und empirische Verankerung von Kriterien: Die gerade dargelegten Überlegungen deuten an, daß ein wichtiger Reflexions- und Forschungsaufwand zur Kriterienfindung lohnenswert erscheint. Für verschiedene der o.g. Kriterienbereiche können Ableitungen aus theoretischen Modellen getroffen werden. So wurden z.B. für Arbeits- und Berufszufriedenheitsvariablen theoretische Ableitungen aus humanistischen und sozialpsychologischen Konzepten (z.B. aus den Annahmen von MASLOW über die Bedürfnishierarchie und aus

Gleichheitskonzepten nach ADAMS) sowie aus Verarbeitungs- und Coping-Konzepten vergenommen (vgl. z.B. BRUGGEMANN u.a. 1975; FRESE 1977, 1978, 1979; NEUBERGER 1974, 1975; auch ZIMMERMANN 1976). Daß Modelle über subjektive Verarbeitungen für die Auffindung von Kriterien der Rehabilitationsmaßnahmen wichtig sind, wird z.B. auch darin deutlich, wenn zu entscheiden ist, inwieweit die Art, wie psychovegetativ gestörte Patienten mit ihren Beschwerden "umgehen" oder die Häufigkeit ihrer Beschwerden selbst als Erfolgskriterium gilt.

Im Hinblick auf psychotherapeutische Rehabilitationsmaßnahmen stellt sich die Frage, inwieweit sich hierzu - mit dem Ziel der Kriterienableitung - theoretische Modelle von Psychotherapiekonzepten bemühen lassen. Einen exemplarischen entsprechenden Versuch skizzieren wir unter 4.2.2.3. Vor allem in empirischer Hinsicht sind sodann Analysen zu "Clustern" und "Faktoren" bzw. "Dimensionen" von Kriterienbereichen notwendig, die Informationen zu der (wahrscheinlichen Mehr-)Dimensionalität des Erfolgs liefern (vgl. DELIUS 1976). Z.B. hat VANDERGOOT (1976) clusteranalytische Untersuchungen zu Rehabilitationsoutcomevariablen vorgenommen. Zur Dimensionalität der Outcomevariablen sind Studien über Effizienz und Zusammenhang von körperlichen, emotionalen und intellektuellen Fitnessprogrammen an Rehabilitationspatienten von Bedeutung. In entsprechenden Untersuchungen von BOLTON und MILLIGAN (1976) und ROESSLER u.a. (1975) z.B. ergaben sich positive Behandlungsergebnisse in Messwerten verschiedener Rehabilitationsziele, körperlicher Fitness und interpersoneller Skills, die aber nicht auf solche persönlicher Anpassung, internaler Kontrolle (i.S. ROTTER) und des Selbstkonzepts generalisierten. Mit der Frage der theoretischen und empirischen Verankerung von Kriterien hängt eng die Frage nach psychologischen Beiträgen zur Relevanz von Kriterien zusammen, worauf wir weiter unten eingehen.

Prädiktion der Kriterien: Kriterien erleichtern nur dann die Findung "erfolgsträchtiger" Ansatzpunkte rehabilitiver Bemühungen, wenn bei Patienten, Interventionsprogrammen, Therapeuten, institutionalen und gruppendynamischen Bedingungen Variablen isoliert werden können, die varianzaufklärend und vielleicht mitverursachend auf jene Kriterien "einwirken". Über verschiedene demographische, krankheitsspezifische, psychologische und psychosoziale Prädiktoren informieren z.B. WALLS und TSENG (1976, S. 211 ff.). Hiernach scheint demographischen und krankheitsspezifischen Variablen in höherem Ausmaß als psychologischen Variablen eine Prädiktorfunktion zuzukommen. Auch aus neueren Untersuchungen geht hervor, daß psychologische Ausgangsvariablen, z.B. Werte im 16 PF von CATTELL (KRAUFT u.a. 1976) in ROTTER's Internal-External Locus of Control Scale (ALBRECHT und HIGGINS 1977) und in weiteren psychologischen Variablen (vgl. z.B. GOGSTAD und KJELLMAN 1976) nur einen geringen Voraussagewert im Hinblick auf Rehabilitationserfolgskriterien erreichen (vgl. auch FERSCHING 1976). Allerdings bedarf diese Frage noch gezielterer Ansätze, zumal auch Befunde über die Differenzierungsfähigkeit persönlichkeits-psychologischer Variablen für Erfolg und Mißerfolg von Kurpatienten (z.B. mit Tuberkulose, vgl. JUNA 1976) vorliegen. Eine größere Bedeutung scheint demographischen Variablen, wie z.B. Alter und Periode der Inaktivität vor der Rehabilitation, sowie motivationalen Voraussetzungen (vgl. z.B. ALBRECHT und HIGGINS 1977; HÖÖK 1976) und den Interventionsprogrammen selbst (vgl. z.B. BENDORF u.a. 1976) zuzukommen.

Relevanz der Kriterien: Hinsichtlich des Relevanzbegriffs können verschiedene Aspekte unterschieden werden. ISELER (1976, S. 20) hebt folgende hervor: den"wissenschaftlichen Inhalt", dessen Relevanz zur Diskussion steht, "Ziele" bzw. "Merkmale", im Hinblick auf welche Relevanz bzw. Nutzen bestimmt wird, "Personen", aufgrund deren Präferenzen für Konsequenzen der Nutzen bestimmt wird, sowie "Art und Weise des Beitrages zur Erreichung bevorzugter Konsequenzen". Im Hin-

blick auf den Rehabilitationserfolg betrifft z.B. der letztgenannte Aspekt die Frage, wie und ob die Forderung, die Psychologie zur Erreichung von Zielen und Kriterien rehabilitiver Maßnahmen anzuwenden, psychologisch fundiert werden kann. Nach Auffassung von PERREZ (1976) kann die Psychologie Relevanzforderungen qua Psychologie zwar erklären, aber nicht begründen; dies sei Aufgabe von Deontik und Metaethik. Es zeichnen sich Möglichkeiten ab, den methodologischen Status von Relevanzforderungen und Relevanzbehauptungen zu untersuchung. BROCKE (1976) ist dem Problem unter den Gesichtspunkten der Bedeutung und der Verwendungsregeln präskriptiver Aussagen, ihrer rationalen Entscheidbarkeit und ihrer Anwendbarkeit in Bereichen des Wissenschaftssystems nachgegangen und sieht als mögliches Ergebnis eine regelgeleitete Verwendung präskriptiver Aussagen auf der Meta-Ebene der Sozialwissenschaften und damit einer Berücksichtigung zentraler Probleme des Entstehungs- und Verwertungszusammenhangs. WESTMEYER (1976a)findet auf logisch-grammatikalischer und axiomatischer Basis Regeln für die Übertragbarkeit von Relevanzbeziehungen, womit Modelle für die Begründung und Überprüfung von systemimmanenten Relevanzbehauptungen geliefert werden, während systemtranszendente Prüfungen von Relevanzbehauptungen mit dem Modell der technologisch-historisch-genetischen Prognose, mit nomopragmatisch bzw. nomologischen Aussagen sowie der Nichtaussagenkonzeption angegangen werden. Was nun die Psychologie zur Bewertung von "relevanten" Zielen und Kriterien beitragen kann, besteht nach PERREZ in 1. einer Analyse des Begriffwerkes der Zielformulierung auf Messbarkeit, theoretische Einbettbarkeit und technologische Prognose hin, 2. der Prüfung, ob dieses Begriffswerk auf impliziten oder expliziten Voraussetzungen beruht, die wissenschaftlichen Erkenntnissen ent- oder widersprechen, und 3. der Bereitstellung und Analyse möglichst weitreichender Prognosen, die sich aus der hypothetisch postulierten Zielerreichung und den Folgen auf ihre Vereinbarkeit mit Wertpräferenzen hin ergeben, sowie 4. in der logischen Konsistenzanalyse norma-

tiver Aussagesysteme (1976, S. 146-151). U.E. wären bei Anwendung solcher Anregungen u.a. folgende Operationen angebracht: Zu 1. könnten deskriptive Analysen über Rehabilitationsziele durchgeführt werden. Dabei wäre auch das Abstraktionsniveau der Begriffe, etwa nach der Unterscheidung von a) Beobachtungsbegriffen, b) Dispositionsbegriffen und c) theoretischen Begriffen zu berücksichtigen. Beispiele könnten sein für a): "Die rauchenden Patienten sollen ihren Zigarettenkonsum im Laufe des Heilverfahrens auf 0 oder maximal 10 pro Tag reduzieren"; zu b): "Die Patienten sollen eine effektivere Lösung bestimmter belastungsträchtiger zwischenmenschlicher Probleme an ihrem Arbeitsplatz erlernen"; zu c): "Die intakten Ichfunktionen der erkrankten Patienten sollen gestärkt werden" (vgl. PERREZ 1976). Zu 2. könnten rehabilitive Interventionsprogramme mit Hilfe psychologischer Theorien daraufhin befragt und untersucht werden, ob sie Mittel enthalten, aufgrund derer die Erreichung postulierter Kriterien/Ziele erleichtert oder erschwert wird. Ggfs. könnten Mitteldefizite sichtbar gemacht werden, die evtl. Mittel- oder auch Zieländerungen nahelegen. Z.B. könnte der von den Patienten erfahrene Leitungsstil von Rehabilitationsverantwortlichen mit betonten lenkenden und Konformität fordernden Anteilen mit katamnestisch erhobenem Gesundheitsverhalten negativ korrelieren, wobei im günstigen Falle zahlreiche andere Bedingungen konstant gehalten sind. Dies würde entweder treatmentbezogene, z.B. gruppendynamische, Umorientierungen oder eine Anerkennung der Unverbindlichkeit bestimmter Rehabilitationsziele nahelegen. Zum 3. Punkt wäre z.B. zu prüfen, inwieweit die Erreichung bestimmter Rehabilitationsziele Konsequenzen für den Patienten und den mikrosozialen Bereich enthält, die mit den Zielen kongruent oder inkongruent sind. Z.B. könnte das Ziel "eigenverantwortlich gestaltete gesündere Ernährung" bei einem betont hypochondrischen Patienten dessen ohnehin schon beträchtliche Schonhaltung und entsprechende Einschränkungen seiner Familienangehörigen verstärken. Oder das Kriterium verringerter somatischer Beschwerden bei psychovegetativ gestörten Patien-

ten könnte diese, da sie für ihre ausschließlich somatische Betrachtungsweise im Kurverlauf intermittierend verstärkt wurden, erneut dazu veranlassen, Hausärzte übermäßig zu "strapazieren".

4 Voraussetzungen, Möglichkeiten und Grenzen psychotherapeutischer Rehabilitationsmaßnahmen unter besonderer Bezugnahme auf stationäre Heilverfahren für Patienten mit psychovegetativen Störungen

4.1 Einführung und Übersicht

Ebenso wie man allgemein bei der praktischen Gestaltung und theoretischen Erhellung rehabilitiv-präventiver Maßnahmen kaum auf psychologische Konzepte verzichten kann, wird man nicht auf psychologische Behandlungsmethoden verzichten können, wenn übergreifende Ziele jener Maßnahmen erreicht werden sollen. Tatsächlich werden Fragen der Rechtfertigung und Voraussetzungen, der Indikation Effizienz und Grenzen psychologischer Interventionen im Präventions- und Rehabilitationsbereich der BRD zunehmend von medizinischer und sozialmedizinischer Seite (z.B. BRUSIS 1976, 1977; DELIUS und TRÄGERT 1971; NITSCH 1975), von psychologischen Autoren (z.B. BUCHMANN 1979; FAHRENBERG u.a. 1978b; KURY und FERSCHING 1978) aber auch von seiten des Gesetzgebers und der Versicherungsträger (z.B. GERCKE 1976a) beachtet. Ähnliche Entwicklungen zeichnen sich schon seit einigen Jahren z.B. in den USA ab (z.B. INCE 1976).

Uns interessiert das Thema psychotherapeutischer Rehabilitationsmaßnahmen vor allem im Hinblick auf die (sowohl rehabilitiv als auch präventiv orientierten) stationären Heilverfahren und hier besonders im Hinblick auf die psychovegetativ-psychosozialen und psychischen Belastungen, zum geringeren Teil auch in bezug auf gewisse Probleme des Gesundheitsverhaltens der Patienten. (Die eben genannten "Störungen" bilden auch, wie wir weiter unten sehen werden, einen wichtigen Teil der Vorbedingungen, die in der Literatur als Indikationsbereiche für psychotherapeutische Rehabilitationsmaßnahmen diskutiert werden.)

U.E. ergeben nun die folgenden Bereiche einen Bezugsrahmen für das Thema psychotherapeutisch orientierter Rehabilitationsmaßnahmen: Erstens sind es Krankheiten, Störungen und Probleme von Patienten, vor allem im Bereich stationärer Heilmaßnahmen und die darauf bezogenen, durch klinische Erfah-

rung und Forschung, auch durch gesetzliche Bestimmungen begründeten Empfehlungen zu psychotherapeutischen Behandlungsmethoden. Zweitens ist es der Bereich der Modell- und Theoriebildung über psychosomatische, insbesondere psychovegetative Störungen, und zwar vor allem insoweit, als er Implikationen für psychologische Behandlungsmaßnahmen enthält. Drittens ist es das Gebiet der Psychotherapieforschung, insoweit hier die oben genannten Störungen und Probleme aufgegriffen werden. Viertens handelt es sich um den Bereich sozialpsychologisch relevanter Bedingungen im Umfeld psychotherapeutischer rehabilitiv-präventiver Maßnahmen. Mit diesen Bereichen werden auch Erfahrungen und Hypothesen in Zusammenhang gebracht, die der Verfasser im Rahmen seiner eigenen Tätigkeit an der LVA-Kurklinik Buching/Allgäu (Chefarzt: Obermedizinaldirektor Dr. H. HÖFT; Indikation: Psychovegetative Syndrome) gewinnen konnte.

Entsprechend der unterschiedenen Bezugsbereiche wenden wir uns dem Thema psychotherapeutischer psychologischer Rehabilitationsmaßnahmen, insbesondere für Patienten mit psychovegetativ-psychosomatischen Störungen, nun zunächst vor allem im rehabilitiv-institutionellen Kontext, sodann (im 5. Kapitel) im Kontext der psychosomatischen Krankheitslehre und der Psychotherapieforschung zu. Übergreifende Gliederungsaspekte sind hierbei jeweils: 1. Praktische und theoretische (hier besonders pathogenetische) Voraussetzungen, Vorbedingungen und Begründungen psychologischer Therapiekonzepte; 2. Probleme der diagnostischen Urteilsbildung, insbesondere insoweit sie einen Bezug zu Auswahl und Indikation therapeutischer Methoden haben; 3. Ansatzpunkte, Methoden und Ziele der psychotherapeutischen Behandlungsmethoden; 4. Evaluation (einschl. Prädiktion) von Ergebnissen.

4.2 Warum psychotherapeutische Rehabilitationsmaßnahmen?

Es fehlt nicht an Empfehlungen und Vorschlägen, psychologische Behandlungsmaßnahmen in die stationären Heilverfahren bzw. Kuren einzubeziehen (vgl. z.B. BINDER 1971, 1974; BRENGELMANN 1975a, 1975b; BRUSIS 1976, 1977; DELIUS 1975 ; DELIUS und TRÄGERT 1971; DOUBRAWA 1976b; ENKE 1975; FAHRENBERG u.a. 1978b; v.FERBER 1974, 1976; FRANKE 1974; HEINRICH und HEINRICH-EVERS 1972; INCE 1976; KIJANSKI 1973; LASKY u.a. 1977; MEDERT-DORNSCHEIDT und MYRTEK 1977; MENTZEL 1969; NITSCH 1975; WALLNÖFER 1972).

Die folgenden Probleme sind es, auf die häufig zur Rechtfertigung psychotherapeutischer Rehabilitationsmaßnahmen verwiesen wird bzw. die in deren Umfeld zu berücksichtigen sind:

- die charakteristische Häufigkeit psychosomatischer und psychovegetativer Störungen sowie psychosozialer Belastungen unter Patienten, die an stationären Heilverfahren teilnehmen (vgl. z.B. BINDER 1971; BUCHMANN 1979; BRUSIS 1976,1977; v. FERBER 1972, 1974; DOUBRAWA 1973, 1976a, 1976b, GERCKE 1970a; MENTZEL 1969; POHLMEIER 1973), und die daraus abgeleitete Notwendigkeit, die kurativmedizinische Behandlung um eine psychologische Behandlung zur effektiveren Auseinandersetzung der Patienten mit ihren Beschwerden und Belastungen zu ergänzen;
- das Problem, daß bestimmte Merkmale des Kurerfolgs, insbesondere gesundheitsadäquate Verhaltensweisen und Einstellungen von "intrinsischen" und nicht nur von fremdkontrollierten Änderungen bei den Patienten abhängig sind, so daß der Erfolg psychologisch-therapeutisch unterstützter gesundheitserzieherischer Bemühungen (der besonders wichtigen Aufgaben stationärer Heilverfahren, vgl. z.B. SCHAUWECKER 1976) eng in die Nähe der Frage nach Sinn und Zweck der Kur gebracht wird (vgl. z.B. BRENGELMANN 1975a, 1975b; DOUBRAWA 1978a, 1978b; FORDYCE 1971; HAMMER 1976;

KIJANSKI 1973, 1976; RAHE u.a. 1975). In diesem Zusammenhang finden sich auch Empfehlungen, Psychotherapie zur Verarbeitung von krankheitsbedingten Behinderungen und Beeinträchtigungen einzusetzen (z.B. FISCHER u.a. 1977; NITSCH 1975);

- die Zielsetzungen stationärer Heilmaßnahmen selbst, zu denen über die Erwerbsfähigkeit hinaus auch Teilnahme am gesellschaftlichen Leben und befriedigende Lebensmöglichkeiten gehören (vgl. z.B. v.FERBER 1976; SCHAEFER und BLOHMKE 1972);
- die sozialpsychologisch relevanten Bedingungen, die Einsatz und Effizienz psychotherapeutischer Rehabilitationsmaßnahmen fördern oder behindern können, z.B. Erwartungen und Einstellungen, Krankheits- und Behandlungsvorstellungen bei Patienten und Angehörigen des Personals, institutionelle Normen und Werte (vgl. z.B. DOUBRAWA 1976b, 1978a, 1978b; ENKE 1973; HALDER 1977; SCHADE 1968), und daher zu beachten sind (vgl. z.B. BEESE 1971).

4.2.1 Grenzen psychotherapeutischer Rehabilitationsmaßnahmen

Bevor wir auf die genannten, "Psychotherapie am Kurort bzw. in der Rehabilitationseinrichtung" nahelegenden Bedingungen und die wenigen systematischen Studien dazu eingehen, möchten wir - in nüchterner Abwägung dessen, was wahrscheinlich erreichbar ist - einige Hinweise zu den Grenzen psychotherapeutischer Rehabilitationsmaßnahmen geben. Sie ergeben sich vor allem aus der zeitlichen Limitierung der Heilverfahren und der mangelnden Interaktion mit Alltagserfahrungen (vgl. DELIUS und TRÄGERT 1971, S. 286) bzw. "Bewährungssituationen" sowie der Art und dem Ausmaß von Störungen.

Psychologische Behandlungsmethoden können den Patienten helfen, sich anhand vorbereitender Coping- bzw. Bewältigungsstrategien auf belastende, vielleicht mit Ängsten und Selbstunsicherheit verbundenen Situationen einzustellen.

Eine solche vorbereitende Bewältigung kann über Gespräche und über speziellere Techniken, wie Modell-Lernen, Feedbackprozesse, Verhaltensübungen u.a., durchaus zu erhöhtem Selbstvertrauen und zu wirksamerer Bewältigung von Belastungen sowie darüber hinaus zur Verbesserung des psychischen und psychosomatischen Befindens führen. Freilich ist nicht zu übersehen, daß dem auf den Kuraufenthalt beschränkten therapeutischen Prozess kaum laufende Rückmeldungen darüber zur Verfügung stehen, wie der Patient die hier gewonnenen Verhaltens- und Erlebensänderungen in seiner Alltagswirklichkeit umsetzen kann. Ggfs. ist es nicht möglich, Mißerfolge und Rückschläge aufzuarbeiten und damit einen Rückfall auf frühere weniger effektive, z.B. "desomatisierende", Verhaltensweisen (vgl. SCHUR 1955)zu verhindern. Zum Beispiel können Patienten lernen, wie es v.FERBER (1976, S. 64) postuliert, "... mit arbeitsspezifischen Belastungen fertig zu werden". Sie haben vielleicht an Übungen zur vermehrten Selbstsicherheit teilgenommen und sind nun besser fähig, z.B. unzumutbare Arbeitsanforderungen zurückzuweisen. Dennoch sind sie vielleicht "gefährdet", unter besonders verunsichernden Situationen, wie z.B. unter der Androhung einer Entlassung, defensiv-ängstlich zu reagieren, sich dann zunehmend unterlegen und bedrückt zu fühlen und vielleicht erneut zu erkranken. Während dieses Beispiel vor allem das Problem mangelnder Transferkontrolle verdeutlichen soll, hebt das folgende Beispiel auf die mangelnde Berücksichtigung sozialer Systeme (vgl. WATZLAWICK u.a. 1974), die zur Aufrechterhaltung bestimmter Störungen beitragen, ab. Z.B. können die sexuellen Funktionsstörungen einer Kurpatientin, deretwegen sie psychotherapeutische Hilfe aufsucht, zugleich eine Belastung und eine Möglichkeit bedeuten, sich ihrem als aggressiv wahrgenommenen Mann zur Wehr zu setzen. Diesem wiederum kann die sexuelle Abweisung als Rechtfertigung für seine monatelangen Montagereisen und die damit verbundene Vernachlässigung seiner Familie dienen. Ggfs. bleiben aber solche gegenseitigen Abhängigkeiten von Verhaltensproblemen durch eine individuumzentrierte Therapie zu wenig berücksichtigt.

Freilich bedeuten solche Überlegungen nicht, daß auf psychologische Behandlungsmaßnahmen im Kur- bzw. Rehabilitationsbereich verzichtet werden soll. Solche Erwägungen finden ihre eigenen Grenzen an denjenigen des Erklärungswertes kommunikationspsychologischer Modelle (vgl. z.B. MATTEJAT und BRUMM 1977; TREPPENBAUER 1976), wie sie häufig etwa der Familientherapie zugrundegelegt werden (z.B. JANKOWSKI 1978; MINUCHIN 1974), weiterhin an faktischen, im Rehabilitationsbereich geleisteten Therapieversuchen, die sich um die Einbeziehung von Sozialpartnern und um nachgehende Hilfen kümmern (vgl. z.B. KUTNER 1977), und nicht zuletzt an dem legitimen Anspruch, mit dem Rehabilitationspatienten psychologische Behandlung aufsuchen.

Was die zeitliche Limitierung betrifft, unter der Heilverfahren in der Regel stehen, so dürfte dieser Umstand vermutlich eine beachtliche Einschränkung der Psychotherapiemöglichkeiten darstellen. Allerdings erscheint die Vorstellung einer bloßen linearen Kombination "je weniger Therapiesitzungen desto weniger Therapieeffizienz" zu einfach, zumal die Therapiedauer selbst von verschiedenen Bedingungen, wie z.B. Funktionsniveau des Therapeuten, Art und Ausmaß der Störung des Patienten, außertherapeutische bzw. multiple therapeutische Hilfen (z.B. durch Schwestern), institutionelle Verankerung psychotherapeutischer Maßnahmen in der Rehabilitationsklinik u.a.m. abhängen dürfte (vgl. Arbeiten zur Psychotherapieforschung, wie z.B. BERGIN und GARFIELD 1971; HARTIG 1975; MELTZOFF und KORNREICH 1970). Apriorische Zeitlimitierung legt also ebensowenig eine völlige Abstinenz von psychologischer Beratung und Behandlung nahe wie der Mangel an Interaktion mit Alltagserfahrung, zumal sie über die übliche Kurbehandlung hinaus die Rehabilitationseffekte verbessern dürfte (siehe unten). Auch im Rahmen der Psychotherapieforschung ergaben sich aus Zeitlimitierungsstudien keine entmutigenden Ergebnisse (vgl.z.B. SHLIEN 1966).

Eng mit der zeitlichen Begrenzung hängen Grenzen psychotherapeutischer Rehabilitationsmaßnahmen zusammen, die sich aus der Art und dem Ausmaß der Störung ergeben. So werden nicht alle Rehabilitationseinrichtungen von ihrer Konzeption her erlauben, mit einem Therapieanspruch solche Probleme und Schwierigkeiten von Patienten anzugehen, die nachgehende und milieutherapeutische Hilfen besonders nahelegen. Auch schwerere Störungen, wie etwa Neurosen mit weitgehender Beeinträchtigung des alltäglichen Lebens, werden kaum im Sinne einer "Umstrukturierung der Persönlichkeit" (ENKE 1975, S. 235; auch MENTZEL 1969) behandelt werden können.

Nicht zuletzt ist zu beachten, daß psychotherapeutische Rehabilitationsmaßnahmen ja in der Regel nur einen Ausschnitt aus dem Gesamt des - im Rehabilitationsprozess unterschiedlich akzentuierten - therapeutischen Angebots darstellen. Exemplifiziert wird diese Ausschnitthaftigkeit etwa in der Übersicht über "Übungsprogramme" im Kontext der "medizinisch-sozialen Rehabilitation" bei BLUMENTHAL und JOCHHEIM (1976b, S. 610-622). Sie bilden neben der ärztlichen und pflegerischen Grundversorgung einen umfassenden Interventionsbereich und bestehen aus Verselbständigung im Alltag, Physio-, Sport-, Ergo-, Arbeits-, Psycho- und sozialer Therapie, Logopädie und Hilfsmittelversorgung. Psychotherapie (und soziale Therapie) bildet also einen Teil der gesamten Rehabilitationstherapie und kann mit dieser in einem ergänzenden, wechselseitig befruchtenden , ggfs. aber auch störenden Austausch stehen. Mit der Frage der Interaktion (spezifischer wie unspezifischer) therapeutischer Bedingungen sind die Grenzen der "Psychotherapie am Kurort" erneut angesprochen. Sie implizieren in wissenschaftlicher Hinsicht das Problem der Spezifität des Behandlungseinflusses. Etwas überspitzt formuliert: Führen ein Erholungsurlaub oder neue zwischenmenschliche Beziehungen und das Gefühl der Entspannung im Laufe einer Kur zu vergleichbaren Effekten wie Aussprache und Beratung beim Psychologen? Nach unseren eigenen Erfahrungen werden zwar fachgerechte

psychologische Hilfen von etlichen Patienten gewünscht; nichtsdestoweniger haben sich diese Hilfen der wissenschaftlichen Kontrolle zu stellen, wollen sie nicht nur im Status von Glaubenssätzen verbleiben.

So ist die Argumentation mancher Autoren zu bedenken, daß solche psychologischen Therapiekonzepte ausgewählt und solche Störungen und Schwierigkeiten angegangen werden sollen, die kurztherapeutische und kur- bzw. rehabilitationsspezifische Anwendungen "vertragen" (z.B. DELIUS und TRÄGERT 1971, S. 287; MENTZEL 1969). Dementsprechend werden sodann gesprächspsychotherapeutische, verhaltens- und kommunikationstherapeutische Methoden (z.B. BENDORF u.a. 1976; BIGGS u.a. 1973/74; BRENGELMANN 1975a, 1975b; DELIUS 1973; DELIUS und TRÄGERT 1971; DOUBRAWA 1976b; HAMMER u.a. 1976; NITSCH 1975; RAHE u.a. 1975), auch modifizierte Anwendungen der psychoanalytischen Behandlung (z.B. MENTZEL 1969) sowie musiktherapeutische und auf die Körperwahrnehmung bezogene Übungen (vgl. z.B. DOLAND 1973; LVA-Kurklinik Buching; PETZOLD 1974) im Rahmen von Einzel und/oder Gruppentherapie empfohlen und erprobt.

Nun zu den Problemen und Schwierigkeiten, auf die sich kurzpsychotherapeutische Rehabilitationsmaßnahmen beziehen bzw. beziehen sollen.

4.2.2 Voraussetzungen und Begründungen psychotherapeutischer Rehabilitationsmaßnahmen

4.2.2.1 Psychosoziale Belastungen und psychosomatische Störungen von Patienten

Die Frage nach Art und Ausmaß psychosozialer Belastungen und Probleme bei Kurpatienten und der darauf zu beziehenden psychologischen Behandlungsformen hängt mit kritischen Überlegungen zum Kurwesen zusammen. Ist eine somatische Krankheit von so originärer Bedeutung für die Ingangsetzung eines Heilverfahrens oder bedeutet dieses eher eine Mög-

lichkeit, mit Hilfe einer bestätigenden ärztlichen Diagnose den alltäglichen Belastungen - zumindest vorübergehend - zu entgehen?

In diese Richtung gehen Vermutungen von GERCKE (1970a, S. 70-85) nach denen verschiedene subjektive psychosoziale Belastungsfaktoren erheblich dazu beitragen, daß viele Versicherungsnehmer eine Kur beantragen. Er verweist u.a. auf die Mehrfachbelastungen aufgrund der Aufgaben in Familie, Haushalt und Beruf (besonders bei Frauen), auf Ehe- und Partnerschaftsprobleme, Schwierigkeiten in der Eltern-Kind-Interaktion, Versagens-, Frustrations- und Überforderungszustände am Arbeitsplatz. Eine Untersuchung von BLOHMKE u.a. (1974) an N=227 mit Kurpatienten (BfA und LVA) von 15 bis 65 Jahren mit Bluthochdruck und Zuständen nach Myocardinfarkt, in der soziokulturelle Faktoren für Befindensstörung und Krankheit ermittelt werden sollten, erbrachte mit abnehmendem Schweregrad des somatischen Befundes eine zunehmende Bedeutung der Fragebogenbereiche 1. persönlichkeitsbedingter Probleme, 2. Probleme früher Kindheit und Jugend und 3. allgemeiner Unzufriedenheit sowie mit zunehmendem Schweregrad eine Zunahme des 4. Bereichs der Sorgen verschiedener Art. SCHWARTZ (1974) stellte fest, daß bei 40% der Patienten neben der Krankheit persönliche und soziale Schwierigkeiten die individuelle Belastung ausmachten. Eine faktorenanalytische Auswertung verschiedener Variablenbereiche erbrachte u.a. einen "F. der sozialen Belastung mit ungünstiger Auswirkung auf die Krankheit". V.TROSCHKE (1973) fand in einer Untersuchung an N=39 Kurpatienten (Ø 47,8 J.), meistens mit der Diagnose "vegetative Dystonie", bei 27 "akute oder subakute psychosoziale Probleme" (S. 74). Auch in der "Heidelberger Studie" von SCHAEFER u. BLOHMKE (1977), in der - prospektiv angelegt - die Belegschaftsmitglieder der Stadtverwaltungen Mannheim und Heidelberg einbezogen wurden, zeigte sich, daß "Sorgen"von Männern und Frauen mit Symptomen der koronaren Herzerkrankung und vegetativen Dystonie wesentlich häufiger als von Gesunden bzw. Kontrollpersonen

genannt wurden. Nach der Befragung von SIEGRIST (in POHLMEIER 1973, S. 135, 136) an N=90 Kurpatienten (BfA) fühlen sich diejenigen, die einen Zusammenhang zwischen Beruf und Krankheit annehmen, beruflich stärker belastet im Hinblick auf arbeitsplatzbezogene Belastungsdimensionen, wie z.B. Tempo des Arbeitsablaufs, fremdbestimmte Unterbrechungen u.a. . Auffällig ist unter diesen Personen die besondere Häufigkeit funktioneller Störungen. Auch v.FERBER (1972, 1974, 1976) stellt aufgrund von Befragungen an N=100 LVA- und N=300 BfA-Kurantragstellern verschiedene arbeitsspezifische Belastungen fest, die vermutlich "... sehr häufig krankheitsbegünstigende Verhaltensweisen auslösen": 1. Konkurrenzdruck (Überarbeitung, Zusatzleistungen), 2. Führungsfunktionen (Bemühen, es möglichst allen - Kollegen, Vorgesetzten, Kunden - recht zu machen, 3. Verantwortung für Sachen und Aufgaben (Übergenauigkeit, Zweifel an eigenen Fähigkeiten), 4. interpersonelle Schwierigkeiten (Ärger), 5. Wechsel der vertrauten Tätigkeit (Verunsicherung, Verängstigung), 6. dauernde starre Körperhaltung (fehlende ausgleichende Bewegung) (1976, S. 696). BRUSIS (1976) teilt die Problembereiche Familie (Herkunftsfamilie oder eigene Familie), Krankheit und Arbeitsplatz mit, die von (N=201) Kurpatienten (LVA und BfA) als vorrangig angegeben wurden.

So ist also anzunehmen, daß viele Patienten nicht oder nicht nur wegen eines somatischen Leidens zur Kur kommen, bzw. daß dieses selbst mit psychischen Belastungen und Konflikten einhergeht und von solchen mitverursacht wird. Damit sprechen wir eine weitere "Ausgangsbedingung" an, die psychotherapeutische Rehabilitationsmaßnahmen nahelegt, die "psychovegetativen Syndrome", die definiert sind durch "... Ordnungsmängel im Befinden und Verhalten..., die essentiell einen somatischen und psychischen Aspekt haben" (DELIUS und FAHRENBERG 1966, S. 8). Dabei kann nicht exakt entschieden werden, inwieweit mit den psychovegetativen

Syndromen nur ein neuer Aspekt eines "Bündels" von vielfältigen somatischen und psychischen Beschwerden, das "den Kurpatienten" zu charakterisieren scheint (vgl. KIJANSKI 1973, S. 232), oder eine besondere nach klassifikatorischen und clusteranalytischen Gesichtspunkten umschreibbare Personengruppe erfasst wird. Wir werden auf dieses Problem im Zusammenhang mit Fragen der Psychotherapieforschung zurückkommen. Hier kann einstweilen festgehalten werden, daß die psychovegetativen Störungen zu den am häufigsten genannten Patientenmerkmalen zählen, deretwegen neben den medizinischen die psychologischen Behandlungsmaßnahmen empfohlen werden (vgl. z.B. DOUBRAWA 1976b, S. 179). Nicht zuletzt wird hierzu auf die besondere Häufigkeit dieser Störungen verwiesen, die bei Kurpatienten auf 30 bis 60% geschätzt wird (vgl. z.B. GERCKE 1970b, S. 28). DELIUS und FAHRENBERG (1966) ermittelten z.B. unter Bezugnahme auf 300.000 Heilverfahren bei 30-40% der Patienten psychovegetative Syndrome.

4.2.2.2 Probleme des Gesundheitsverhaltens

Schließlich sei noch auf ein bedeutendes Problem hingewiesen, zu dessen Lösung zunehmend psychotherapeutische Rehabilitationsmaßnahmen postuliert werden: Verhaltensweisen, Gewohnheiten und Einstellungen sowie damit zusammenhängend sogenannte "Risikofaktoren" (vgl. z.B. SCHAEFER und BLOHMKE 1972, S. 165 ff., 1977, S. 60 ff.), die über Gesundheit bzw. Krankheit mitentscheiden (siehe auch DEUTSCHER BÄDERVERBAND u.a. 1976). Verschiedene Untersuchungen an Kurpatienten erbrachten, zumindest zu Beginn der Heilverfahren, manche hinsichtlich der Risikofaktoren ungünstige Werte (wobei allerdings offen bleibt, inwieweit solche Ausprägungen für Kurpatienten und/oder entsprechende Bevölkerungsgruppen repräsentativ sind. Z.B. stellten TEICHMANN (in HÖFT 1973, S. 38) bei 71% von 313 Patienten (Kurklinik Bad Wörishofen) und KLEINSCHMIDT (1975, S. 187) bei 86,5%

(alter Brocca-Index) bzw. 94,5% (neuer Brocca-Index) von N=200 Kurpatienten (Bad Tölz) Übergewichtigkeit fest. Auch unter klinisch-chemischen Kennwerten finden sich häufig (klinisch) bedeutsame Erhöhungen, z.B. in der Studie von MEDERT-DORNSCHEIDT (1975, S. 168) in Cholestrin-, Triglyceride-, Harnsäure- und Blutfettwerten vieler Patienten zu Kurbeginn (die z.Zt. als Risikofaktoren definiert werden, vgl. SCHAEFER und BLOHMKE 1977, S. 62).

4.2.2.3 Sozialethische Zielsetzungen stationärer Heilmaßnahmen und psychotherapeutische Rehabilitationsmaßnahmen

Mit der Neuregelung der RVO §§ 1235-37 ist auch in gesetzlich-normativer Hinsicht deutlicher als je zuvor neben ein sozioökonomisches und sozialrechtliches Konzept für die Aufgaben der sozialen Rentenversicherung ein sozialpolitisches- sozialethisches Konzept getreten. Dieses ist geprägt von einer humanistischen Grundauffassung und räumt den einzelnen Versicherungsnehmern ein Recht auf Selbstwertgefühl in einem erfüllten, lebenswerten Leben ein (vgl. v.FERBER 1976, S. 690). Die Kurbehandlung ist aber vom Gesetzgeber noch weitgehend auf medizinische Maßnahmen beschränkt. So ergibt sich eine "Diskrepanz, eine gegenseitige Systemfremdheit von Zweck und Mitteln" (S. 691). Umso mehr sollten daher neben medizinischen psychotherapeutische und sozialtherapeutische Maßnahmen entwickelt werden, die ihrerseits der gemeinsamen Verankerung in einer wissenschaftlich fundierten Theorie bedürfen (S. 695).

Mit diesen Überlegungen von v.FERBER sind auch Aufgaben psychologischer Theorien und Therapien angesprochen. Diese können mithelfen, normative Aussagen, wie sie für Rehabilitationsmaßnahmen gelten, einer rationalen Prüfung, etwa auf ihre Voraussetzungen und Widerspruchsfreiheit, ihre empirischen Implikationen und ihre Realisierbarkeit hin, zuzuführen (vgl. z.B. GREIF 1976, S. 107). Im Hinblick auf psychotherapeutische Rehabilitationsmaßnahmen würde ein besonderer Beitrag darin bestehen, jene humanistischen Ziele

inhaltlich näher zu bestimmen und psychotherapeutische Vermittlungsschritte in bezug auf die Ziele bzw. Kriterien zu spezifizieren.

Bei der Auswahl von theoretischen Bezugssystemen, die zur Konkretisierung dieser Überlegungen beitragen könnten, dürfte der sog. humanistischen Psychologie eine besondere Bedeutung zukommen (was nicht die Einbeziehung anderer, ggfs. alternativer Konzepte ausschließt). Sie hat als "dritte Kraft" neben Psychoanalyse und Behaviorismus ausdrücklich solche Ziele formuliert, die mit den für Rehabilitationsmaßnahmen postulierten inhaltlich vergleichbar erscheinen: "Selbstverwirklichung","Selbstaktualisierung", "Selbsterfüllung" (vgl. BÜHLER+1971; MASLOW 1954; ROGERS 1959; 1961, 1978). Eine der wichtigsten psychologischen Behandlungskonzeptionen innerhalb der humanistischen Psychologie, die klient- bzw. personzentrierte Therapie (Gesprächspsychotherapie GT) enthält Annahmen über Bedingungen, Prozesse und Ergebnisse, die sich auf "Vermittlungsschritte"und "Kriterien" der Rehabilitationstherapie beziehen lassen. ROGERS hat in einer umfassenden Darstellung (1959) den therapeutischen Prozess u.a. dadurch beschrieben, daß der Klient zunehmend Zugang zu seinem Erleben findet, im Ausdruck seiner Gefühle freier wird und vermehrt Selbstwertschätzung erlebt. Ergebnisse der Therapie kennzeichnen sich u.a. durch verbesserte Problemlösungsfähigkeit, größere Erfahrungsoffenheit, verringerte (physiologische und psychologische) Spannungen. Entsprechend der erheblichen Bedeutung, die das "Selbst", die von einer Person wahrgenommenen Eigenschaften des "Ich" und die Bewertungen derselben, in der klientzentrierten Therapie einnimmt, beziehen sich etliche Forschungsansätze der GT auf die subjektiven Erfahrungen der Therapiebeteiligten (Klient und Therapeut) während und nach Beendigung des therapeutischen Prozesses. Entsprechende Fragebogenentwicklungen liegen im deutschsprachigen Bereich z.B. von ECKERT (1974, 1976) und SCHWARTZ (1975), SCHWARTZ und

---

+ und ALLEN

ECKERT 1976) sowie MEHNERT (1969, siehe auch Validierungsstudie von ZIELKE 1978) und HELM (1974) vor. Interessant im Hinblick auf Patienten mit psychovegetativen Störungen ist z.B. der auf P-Analysen beruhende Befund von ECKERT (1974, S. 207), daß sich bei "gebesserten" (definiert durch Ergebnisse in Persönlichkeitsfragebogen u.a.) Klienten körperliche und kognitive Erfahrungen zeitlich parallel verändern, während bei nicht-gebesserten dieses Zusammengehen nicht gefunden wurde. Dies könnte eine besondere, erlebnisaktivierende und fokussierende, therapeutische Zuwendung zu aktuellen mentalen, emotionalen und somatischen Prozessen des Patienten nahelegen (vgl. z.B. BOMMERT und DAHLHOFF 1978; PAVEL 1978). Wir kommen auf diesen Punkt im Kontext der Psychotherapieforschung zurück. Nach Auffassung von NITSCH (1975) scheint der GT auch für die Bewältigung von körperlichen Beeinträchtigungen eine wichtige Funktion in dem Sinne zuzukommen, daß sie vom Patienten zunehmend in sein Selbst aufgenommen werden können. Damit sind - eher exemplarisch als systematisch - Hinweise gegeben, daß zur näheren Bestimmung der humanistischen Zielsetzungen von Rehabilitationsmaßnahmen und ihrer therapeutischen Voraussetzungen, damit auch von Kriterien und Prädiktoren aus humanistisch personorientierten Konzepten inhaltliche und methodische Anregungen entnommen werden können. Freilich finden solche Ableitungen wiederum ihre Grenzen in der mangelnden Explikation humanistischer, z.B. klientzentierter, Begriffe, wie etwa dem des "Selbst" (vgl. KROPF 1975).

4.2.2.4 Sozialpsychologisch relevante Bedingungen

Daß subjektiv-naive Vorstellungen von Patienten über die Verursachung und die Behandlung ihrer Beschwerden und Leiden "irgendwie" im Umfeld psychotherapeutischer Rehabilitationsmaßnahmen beachtet werden sollten, wird allgemein durch die "Unabweisbarkeit des Subjekts", d.h. dadurch, daß sich der einzelne immer in spezifischen Person-Umwelt-Situationen und mit einem bestimmten Sinn erlebt, nahe-

gelegt (vgl. GRAUMANN und METRAUX 1977, S. 42). Ein anderer Grund liegt darin, daß jene Patientenvorstellungen vielfach von denen der Professionellen, z.B. der Ärzte (vgl. POLAK 1970) abweichen. HALDER (1977, S. 43ff.) hat aufgrund ihres Literaturüberblicks solche abweichenden Patientenvorstellungen zusammengestellt. Hiernach wird Psychotherapie eher als Privileg oberer Sozialschichten betrachtet; weiterhin wird die Änderung der Lebensumstände, die Beibehaltung der passiven Rolle u.a. erwartet. Diese Erwartungen sind besonders ausgeprägt bei Angehörigen der Unterschicht anzutreffen. Ganz allgemein erwarten diese von Psychotherapie eher, daß der Therapeut eine aktive Rolle übernehmen und die Behandlung eher einer medizinischen Behandlung ähneln wird (vgl. z.B. GARFIELD und WOLPIN 1963; OVERALL und ARONSON 1963).

Nun entspricht das Bild vom aktiven, problembewußten, konkreten und direktiven Therapeuten den Erfahrungen, die die Patienten im Kontakt mit den ärztlichen Therapeuten gewonnen haben. Gleichwohl sind die Erwartungen vieler Unterschichtpatienten mit den Wertmaßstäben der therapeutischen Orientierung der meisten (Mittelschicht-)Therapeuten nur schwer vereinbar (HALDER 1977, S.50). Offenbar aber spielen Übereinstimmung oder Inkongruenz von Rollenerwartungen der Klienten und Therapeuten eine wichtige Rolle für die Aufrechterhaltung des therapeutischen Kontakts und für dessen Ergebnis. Nach HEINE und TROSMAN (1963) und OVERALL und ARONSON (1963) scheinen enttäuschte Patientenerwartungen i.S. einer passiven, medizinischen (insbesondere medikamentös) versorgten Rolle den Abbruch der Therapie zu begünstigen. Allerdings hängen Einsatz und Erfolg der Psychotherapie auch von Einstellungen und Erwartungen der Therapeuten ab, ob eine bestimmte Technik bei einer bestimmten Population anwendbar ist (z.B. LERNER 1972).

Im klinischen Bezugsrahmen darf darüber hinaus nicht übersehen werden, daß viele Patienten mit den kommunikativen Verhältnissen unzufrieden sind, z.B. mit mangelnder Information, unverständlicher Sprache, sozialer Distanz, mangelnden persönlichen Beziehungen (vgl. z.B. ENGELHARDT 1974; KOOS 1954). So können hier zusätzliche Barrieren zwischen "objektiver" Therapiebedürftigkeit von Patienten und ihrer Teilnahme an einer psychotherapeutischen Behandlung wirksam werden.

Ähnlich stellen FAHRENBERG u.a. (1978b, S. 87-88) aufgrund ihres Literaturüberblicks als "Präselektionsarten" Unterschichtszugehörigkeit, bestimmte Persönlichkeits- und Statusmerkmale (die z.B. dem sog. YAVIS-Patienten, der "young", "attractive", "verbal", "intelligent", "successful" erscheint, gegenüber dem entgegengesetzt gekennzeichneten HOUND-Patienten Vorteile erbringen), subjektiv-naive Krankheits- und Behandlungskonzepte (siehe unten), verschiedene weitere kognitive Attributionen und krankheitsdauerdependente Neurotisierungsprozesse zusammen. Daneben dürften gesetzlich-versicherungsrechtliche Entwicklungen, so etwa die Verpflichtung der Versicherungsträger zur Übernahme psychotherapeutischer Leistungen (vgl. BAUER 1976) und weiterhin die Rollen, Normen und Werte rehabilitiver Institutionen, die psychotherapeutische Maßnahmen in bestimmtem "Licht erscheinen" lassen, eine präselektive Bedeutung einnehmen (siehe unten). Nicht zuletzt sei auf die aktuelle Therapeut-Patient-Interaktion verwiesen (vgl. z.B. BECKMANN 1972; STEINMANN u.a. 1977).

Die bei Unterschichtangehörigen häufig anzutreffenden Erwartungen an Psychotherapie lassen sich zumindest teilweise in den untersuchten Erwartungen und Einstellungen von Kurpatienten gegenüber Kur und Kurbehandlung einschließlich psychologischer Behandlung wiederfinden. Faktorenanalytische Auswertungen relevanter Einstellungsdimensionen liegen von BÖCK (1975) aufgrund seiner Fragebogenstudie an N=558 Kurpatienten vor. Neben den Faktoren der "Gesamtzu-

friedenheit mit dem Kuraufenthalt" und der "mit Zufriedenheit verbundenen respektvollen Kommunikation zwischen Kurpatienten und Kurpersonal" wurde der Faktor des "desinteressierten und desengagierten, rezeptiven (Kur-)Verhaltens" extrahiert.

Eine Dokumentation über psychosomatische Kurpatienten (N=100 BfA-Kurklinik Neutrauchburg) erbrachte, daß nahezu alle (92%) ausschließlich passive Maßnahmen,wie Wechselgüsse, Bäder und Massagen und vom Arzt genaue Vorschriften, jedoch psychologische Aussprache und Behandlung mehr am Rande und mit eher unsicheren Vorstellungen erwarten (MENTZEL und MENTZEL 1977, S. 57). Ähnliche Ergebnisse fanden DANKO (1977) und DINSE (1977) aufgrund ihrer Fragebogenstudien an Patienten der LVA-Kurkliniken Bad Wörishofen (N=103) und Buching (N=129). DOUBRAWA berichtet über Erwartungen von Kurpatientinnen (N=38, 19-21 J., BfA-Kurklinik Bad Steben) zur ärztlichen und psychologischen Betreuung während der Kur, die anhand von Interviews ermittelt wurden. Allgemein zeigte sich, daß die meisten Befragten kaum konkrete Vorstellungen äußern konnten. Im Hinblick auf psychologische Hilfen ergab sich u.a., daß die meisten Patientinnen eher im Vertrauen auf den ärztlichen Rat einen Psychologen zu konsultieren bereit sind; "... von sich aus hinzugehen, würde viele doch große Überwindung kosten. Kommt eine Patientin dann aber von sich aus ... so findet sich bei ihr nicht selten eine übertrieben hohe Erwartung an die Möglichkeiten psychologischer Hilfe bei gleichzeitiger eher passiver Haltung..." (1976c, S. 31o).

Diese Studien scheinen klinische Erfahrungsberichte, in denen die ausgeprägte Passivität vieler Kurpatienten neben ihrer somatischen Denkweise herausgestellt wird (z.B. KIJANSKI 1973) zu bestätigen.

Im Zusammenhang mit dem zuletztgenannten Punkt sind Studien bemerkenswert, die zu subjektiven Vorstellungen von Patienten über Genese und Behandlung ihrer Beschwerden durchgeführt wurden. Anhand verschiedener Fragebögen un-

tersuchten PLAUM (1968) und SCHEER und MOELLER subjektiv-naive Krankheits- und Behandlungskonzepte bei Patienten einer psychosomatischen Poliklinik und Studenten, die an einer psychotherapeutischen Beratungsstelle zur Behandlung waren. SCHEER und MOELLER (1976) verglichen die Ergebnisse auf faktorenanalytischem Wege (Q-Analyse) und ermittelten drei zweipolige Typen. Diese entsprechen sechs Gruppen und werden als "Krankheitskonzepte" folgendermaßen gekennzeichnet :"Stress und Schonung vs. Seelische Probleme und Psychotherapie"; "Körperleiden und Organmedizin vs. Unsicherheit und Ermutigung"; "Partnerkonflikt und Gespräch vs. konstitutionelle Schwäche und Stützung". Bei der Gegenüberstellung von Genese- und Behandlungsvorstellungen der Studenten und Poliklinikpatienten ergab sich: von den 6 häufigsten Ursachen bei Studenten treten 3 auch bei den Patienten unter den ersten 6 auf, und zwar Ängste, Hemmungen, nervöse Übererregbarkeit, wohingegen Identitäts-Anerkennungs- und Sexualprobleme eine geringe Rolle spielen. Umgekehrt treten von 6 bei den Patienten am häufigsten genannten Ursachen die 3, die funktionell-vegetative Faktoren betreffen, in Rang und Häufigkeit bei den Studenten zurück. Bei den Behandlungserwartungen stellte sich heraus, daß von 6 bei Studenten als am wichtigsten angesehenen 3 auch bei den Patienten unter den ersten 6 genannt werden, Gespräch, Aufklärung über den Zusammenhang zwischen körperlichen und seelischen Problemen, mehr Selbstvertrauen, bei den Patienten treten aber Überwindung von Hemmungen und Partnerproblemen zurück. Die bedeutendste Patienten-Erwartung spielt bei den Studenten eine geringe Rolle: Herausfindung der körperlichen Ursache; auch fallen bei Studenten zwei Erwartungen zurück, die bei den Patienten zu den 6 wichtigsten gehören, straffer Behandlungsplan und Hinzuziehung des Chefarztes: Unter den o.g. Konzepten entspricht den Patienten eher der erste Pol der beiden erstgenannten und der zweite Pol des drittgenannten Konzepts.

In diesem Zusammenhang soll noch auf eine Studie von BECKMANN u.a. (1977) an einer repräsentativen Stichprobe von N=1.549 Personen verwiesen werden. Sie ermittelten u.a., daß "Laienätiologien" von der sozialen Schicht abhängig sind: Angehörige der oberen Schichten interpretierten ihre Beschwerden als hochsignifikant häufiger als seelisch bedingt. Darüber hinaus ist nach den Arbeiten von v.FERBER (1972, 1974) anzunehmen, daß den Krankheiten und Beschwerden Interpretationen gegeben werden, die dem Sinn nach der beruflichen Stellung und Tätigkeit der untersuchten Personen (LVA- und BfA-Kurantragsteller) entsprechen (z.B. anschauliche Beschwerden der Extremitäten vorwiegend bei einfachen Arbeitern).

Es ist nicht verwunderlich, daß manche der hohen Erwartungen von Kurpatienten, gepflegt, versorgt und geheilt zu werden, gegen Ende des Heilverfahrens eher enttäuscht werden (vgl. DANKO 1977; DINSE 1977), wobei aber vielfach offen bleibt, inwieweit die Erwartungen selbst einer therapeutischen Modifikation zugeführt wurden.

Daß aber die Pathogenese- und Behandlungsvorstellungen selbst einen Ansatzpunkt der psychotherapeutischenBemühungen bilden, ist ein häufiges Kennzeichen der Konzeptionen zur psychologischen Rehabilitationsbehandlung (z.B. DOUBRAWA 1976b; MENTZEL 1969). Dabei lassen sich, ähnlich wie auch HALDER (1977, S. 62ff.) unterscheidet, mindestens die beiden Möglichkeiten beobachten, um den Kur- bzw. Rehabilitationspatienten an die psychotherapeutische Realität heranzuführen: 1. dem Patienten durch vortherapeutische Prozeduren zur Reduzierung seiner Angst und Unsicherheit gegenüber der therapeutischen Situation zu verhelfen, wobei die therapeutischen Methoden allerdings im wesentlichen unverändert bleiben; 2. der Therapeut passt sich zu einem gewissen Teil an die Erwartungen und Vorstellungen des Patienten an und modifiziert sein Verhalten und seine Technik. Unter die erstgenannte Möglichkeit fallen z.B. Vorinformationen von Kurkliniken, etwa in Form von Prospekten, Einführungsveran-

staltungen u.ä., die die Notwendigkeit einer aktiven und eigenverantwortlichen Patientenrolle (unspezifisch) im Hinblick auf das therapeutische Setting betonen, sowie die mit unterschiedlichen Instruktionen hinsichtlich Psychopathogenese und Therapie verbundenen Zuweisungen von Patienten zu allgemeininternistischen oder psychosomatisch-psychotherapeutischen Kurkliniken (vgl. z.B. GÖLLNER 1977) und auch die frühe Betonung der Psychogenese gegenüber psychosomatischen Beschwerden im Prozess der Psychotherapie derartiger Störungen (vgl. z.B. MENTZEL 1969; ZEPF 1972). Zu der zweitgenannten Möglichkeit gehören Modifikationen des therapeutischen Vorgehens in dem Sinne, daß der Therapeut eine aktivere, direktivere und konkretere Vorgehensweise wählt (vgl. z.B. DOUBRAWA 1976b; FISCHER u.a. 1977; KRAUSE u.a. 1977; MENTZEL 1969), daß - v.a. bei psychosomatischen Störungen - zunächst vor allem am somatischen Leiden angesetzt wird (vgl. z.B. DELIUS 1975a; JORES 1973; STEPHANOS u.a. 1976)und der Patient die Gelegenheit erhält, bezüglich seiner persönlich bedeutsamen, auch psychischen und psychosozialen Probleme und Belastungen Beratung und Behandlung aufzusuchen (vgl. z.B. BENDORF u.a. 1976; v. TROSCHKE 1973).

Wir müssen die Aufmerksamkeit noch auf das Gesamt an Bedingungen, vor allem solcher institutioneller und gruppendynamischer Art mit ihren Rollen, Erwartungen und Wertorientierungen, ihren Selbst- und Fremdbildern, richten und sie daraufhin befragen, was sie für die therapierelevanten Einstellungen und Erwartungen der Patienten wie auch für die Psychotherapie bedeuten. Einschränkend ist gleich zu sagen, daß zu diesem Problembereich kaum kontrollierte Studien vorliegen. Immerhin lassen sich aus Studien für das Interaktionsgeschehen innerhalb der Klinik "determinierende Faktoren" nennen, von denen z.B. ENKE-FERCHLAND (1973, S. 67) u.a. folgende im Hinblick auf Kurkliniken referiert: Ängstigung und Verunsicherung unter den Patienten nehmen mit der Größe des Klinikums zu, wobei permanente Kontakte zwischen Patienten in Kleingruppen mit gleicher Verweildauer angst-

reduzierend sind. Die beim therapeutischen Personal geschätzten Patienten sind zugleich die beliebteren innerhalb der Patientengruppe. Die als regressiv, infantil, unoffen, aggressiv und passiv beschriebenen Verhaltensweisen (z.B. SCHADE 1968, S. 178) von Kurpatienten sind somit nicht nur durch persönlichkeitsspezifische Faktoren (z.B. einer "allgemeinen Passivität") sondern auch durch die sozialpsychologisch relevanten Bedingungen erklärbar, wie sie z.B. durch betonte Unterordnung und Konformität - vor allem bei größeren Einrichtungen - gegeben sind (vgl. z.B. ENKE-FERCHLAND 1973; MOHN 1978). So ist es manchen Patienten nicht erleichtert, wenn nicht erschwert, in aktiv-eigenverantwortlicher Weise zu handeln (vgl. auch "rehabilitation-as-punishment-behavior" bei FORDYCE 1971, S. 86).

Offenbar müssen sich manche Patienten auch mit mehrdeutigen, teilweise widersprüchlichen "Botschaften" konfrontiert fühlen, wenn sie einerseits zu eigenverantwortlichen Übungen ermuntert und andererseits für passives, Pflege verlangendes Verhalten eher verstärkt werden, so daß es kaum erstaunlich ist, daß ihnen im Laufe einer Kur passive Maßnahmen, wie z.B. Massagen und Moorpackungen zunehmend positiv und aktive Maßnahmen, wie z.B. Wandern u.ä. zunehmend negativ erscheinen (z.B. ANTONS-BRANDI 1973b). Offenbar hängen solche Probleme auch mit Schwierigkeiten der Identitätsfindung des rehabilitationstherapeutischen Personals, insbesondere der Ärzte und Schwestern (vgl. z.B. v.TROSCHKE und SCHMÄDEL 1972) zusammen. Diese scheinen auch nicht ganz die gleichen Ziele von Heilverfahren zu haben wie Patienten. Während Patienten das zweite und dritte der folgenden Ziele als besonders wichtig ansehen: 1. Wiederherstellung körperlich erkrankter Personen, 2. Wiederherstellung der körperlichen und seelischen Gesundheit, 3. Maßnahmen zur Gesunderhaltung und Gesundheitserziehung, präferieren Ärzte und Schwestern eher das 1. und 3. Ziel. Patienten wünschen also mehr psychische Hilfen als jene für wichtig halten (SCHABACKER und ASCHOFF 1976).

Wir übersehen nicht, daß die Verhältnisse zwischen den Rehabilitationskliniken verschieden sind. Dies gilt auch hinsichtlich der Rolle psychotherapeutischer Maßnahmen. Während sie in manchen Kliniken integraler Bestandteil des therapeutischen Gesamtprogramms sind, insbesondere in den speziellen psychosomatisch-psychotherapeutischen Einrichtungen, erscheinen sie an manchen anderen eher am Rande, von Patienten und Ärzten gleichermaßen mit Unsicherheit und Ambivalenz erlebt, vielleicht von einem Psychologen übernommen und vielleicht noch in der "Freizeit" der Patienten angesiedelt.

So finden sich nicht nur unter den Erwartungen der Patienten sondern auch unter den institutionellen Bedingungen von Rehabilitationskliniken etliche Phänomene, die sich mit Psychotherapie bzw. psychologischer Behandlung nur schlecht vertragen und - ebenso wie die Patientenvorstellungen - auf ihre "Vereinbarkeit" hin überprüft und ggfs. geändert werden sollten (vgl. auch BEESE 1971; ENKE 1973; DOUBRAWA 1976b).

4.3 Probleme der Diagnostik und Indikation im Hinblick auf psychotherapeutische Rehabilitationsmaßnahmen

Viele Autoren stimmen darin überein, daß psychotherapeutsche Rehabilitationsmaßnahmen auf einem engen Zusammenwirken zwischen medizinischer, psychologischer und psychosozialer Diagnostik beruhen sollen (z.B. DOUBRAWA, 1976b) und daß ihre Effizienz umso wahrscheinlicher wird, je fundierter sich der diagnostische und der auf die Indikation therapeutischer Methoden bezogene Urteilsbildungsprozess vollzieht (z.B. FAHRENBERG u.a. 1978b).

Welche besonderen Probleme stellen sich nun der Diagnostik vor und während des Heilverfahrens, wenn sie die Frage nach der Indikation psychologischer Behandlungsverfahren (mit-) beantworten soll? Eine bedeutende Rolle spielen im vorliegenden Zusammenhang die Bemühungen um die Diagnostik

"... primär psychogener Erkrankungen am Kurort", d.h. psychoneurotischer, psychosomatischer und psychovegetativer Störungen (AHLBRECHT 1972, S. 12). Hierzu wird, nicht zuletzt um den Einwänden,wie etwa "Verlegenheitsdiagnostik" (vgl. FRICK und HÄFNER 1956, S. 1231) oder "diagnostisches Unvermögen" (vgl. SCHLACK 1964, S. 733) zu begegnen, eine positive Diagnose und nicht nur eine "Diagnose per exclusionem" gefordert (AHLBRECHT 1973, S. 42). Dabei hat sich die Diagnose "psychovegetatives Syndrom" auf "... klare Abweichungen von der "Normalität" der vegetativen und der emotionalen Verfassung zu stützen ..." (DELIUS 1961, S. 365f.). Rehabilitationsmaßnahmen sind nach DELIUS (1975a, S. 98) nur bei einem "Schweregrad II vegetativer Störungen" angebracht, der sich im Gegensatz zum "Schweregrad I" dadurch kennzeichnet, daß die Patienten längerfristig im fämiliären und beruflichen Leben "versagen".

Als Bezugsrahmen wird neben den Grundlagen für die medizinische Diagnostik häufig die psychoanalytische Neurosenlehre herangezogen. Dabei wird allerdings oft nicht hinreichend problematisiert, inwieweit die entsprechenden Modelle für eine differentialdiagnostische Abklärung explizit sind (wir kommen auf diesen Punkt unter 5 zurück). Als Untersuchungsverfahren werden häufig biographische Anamnese und evtl. Testverfahren (vgl. z.B. AHLBRECHT 1972, S. 12 ; auch v. UEXKÜLL 1979b) empfohlen, die Abhängigkeiten der Beschwerden von Lebensgewohnheiten, Belastungen usw. erhellen soll (HARRER 1974, S. 304; vgl. auch FORDYCE 1974). Im Hinblick auf psychotherapeutische Rehabilitationsmaßnahmen kommt dem Leidensdruck des Patienten eine erhebliche Bedeutung zu, da er am ehesten eine ausreichende aktive Mitarbeit erwarten lässt (AHLBRECHT 1973, S. 45). Freilich sind einige Schwierigkeiten der rehabilitationstherapiebezogenen psychosomatischen Diagnostik nicht zu übersehen. So scheint ein allgemeines Dilemma darin zu bestehen, daß die Angehörigen des therapeutischen Personals (z.B. Ärzte, Psychologen, Sozialarbeiter) unter dem Druck stehen, zu entscheiden und zu handeln, ohne daß ihnen empi-

risch hinreichende Entscheidungsgrundlagen zur Verfügung stehen. Deutlich wird dies z.B. darin, wenn nach DELIUS (1975a, S. 93) zur diagnostischen Abklärung psychovegetativer Störungen ein regelmäßiger Kern an Beschwerden, wie "Unstetigkeit von Leibfunktionen, Reizbarkeit im Innenleben und Außenverhalten, körperliche Leistungsschwäche und Verzagtheit gegenüber Außenbezügen" als Orientierung herangezogen werden kann und wenn auf der anderen Seite der Mangel an verbindlichen Indikationskriterien festgestellt wird und somit die Entscheidung dem ärztlichen Urteil überlassen bleibt (S. 99). Ähnliche Probleme dürften sich ergeben, wenn von psychosozialen Konflikten und Belastungen sowie gesundheitsinadäquaten Verhaltensweisen der Kurpatienten ausgegangen wird. Sie sind zwar offenkundiger und enthalten vielleicht weniger das Entscheidungsrisiko falscher Positiver und falscher Negativer als psychosomatische Beschwerden (deren Diagnose als psychovegetativ ja z.B. das Risiko "versteckter" körperlicher Erkrankungen ausschließen muß), wenn es um die Zuweisung zu zusätzlicher psychologischer Behandlung geht. Indessen besteht dabei ein paradox erscheinendes Risiko darin, daß gerade die psychischen Belastungen, die ein Patient schildert, eine organische Krankheit verdecken und die betont körperbezogenen Klagen eine psychische Problematik verschleiern können (vgl. WEBER 1975). Im Hinblick auf die Modifikation gesundheitsbeeinträchtigender Verhaltensweisen, wie z.B. Ernährungsprobleme, Rauchen und Bewegungsmangel, wozu häufig verhaltenstherapeutische Interventionsprogramme empfohlen werden (z.B. BRENGELMANN 1975a, 1975b; DEUTSCHER BÄDERVERBAND u.a. 1976), können individuelle Verhaltensanalysen (vgl. SCHULTE 1974) einen therapiebezogenen diagnostischen Aufschluß geben.

Will also der Praktiker in der Kur- bzw. Rehabilitationsklinik zu einer optimalen Klarheit über Diagnose, Prognose und Therapie kommen, dann kann er sich zwar auf seine eigene Ausbildung und Erfahrung (vgl. BROMME 1977) sowie auf gewisse Indikationsanhaltspunkte aus psychosomatischer

Krankheitslehre und Psychotherapieforschung (siehe 5) und/ oder aus Studien zur Effektivität psychotherapeutischer Rehabilitationsmaßnahmen stützen (4.4);die aufzufindenden, erfahrungswissenschaftlich begründeten Aussagen zu der bekannten Frage danach, welche Therapiemethoden mit welchen Therapeuten bei welchen Patienten mit welchen Störungen zu welchen Effekten (vgl. BERGIN und STRUPP 1969; KIESLER 1966, 1971; PETERMANN 1977) speziell unter rehabilitationsinstitutionellen Bedingungen führen, bleiben aber weitgehend lückenhaft. Auch verhaltenstherapeutische Applikationen, die ja gerne methodische Exaktheit und wissenschaftliche Kontrolle für sich beanspruchen, können zu dieser Frage nur begrenzt Voraussagen treffen. Die Gründe dafür liegen u.a. darin, daß verhaltenstheoretische Begriffe und Regelaussagen auf umgrenzte experimentelle Designs, die in der klinischen Praxis nur schwer wiederherstellbar sind, bezogen sind (vgl.WESTMEYER 1976b),die Zuordnung von Messwerten und theoretischen Konzepten nicht einer gewissen Willkür entbehrt (vgl. MALTZMANN 1975) und die theoretischen Aussagen auf die individuelle Lerngeschichte und die sog. O-Variable hin relativiert werden müssen (vgl. auch LINDEN 1977).

Welche Lösungsversuche lassen sich nun im rehabilitiven Bezugsrahmen angesichts der angesprochenen Probleme feststellen? Einige Trends sollen aufgezeigt werden:

1. An größeren Kurpatientengruppen werden psychodiagnostische und psychophysiologische Untersuchungen einschließlich neuer Methodenentwicklungen (z.B. KURY 1974; LANGOSCH 1977) vorgenommen. U.a. wird geprüft, inwieweit sich die Einteilung von Patienten nach medizinischen und psychosomatischen Gesichtspunkten, die z.B. mit dem Ziel erfolgt, Anhaltspunkte zur Überweisung in eine psychosomatisch-psychotherapeutische oder allgemeininternistische Kurklinik zu gewinnen (vgl. z.B. GÖLLNER 1970b, 1977), testpsychologisch reproduzieren läßt. Z.B. konnten anhand psychologischer Testverfahren "allgemeininternisti-

sche" und "psychosomatische" Kurpatienten (im FPI; siehe GÖLLNER 1970b) sowie Patienten mit funktionellen Kreislauferkrankungen und Angehörige einer Normalpopulation (vgl. TRÄGERT 1970, 1971) voneinander unterschieden werden.

2. In Anlehnung an Modelle der psychosomatischen und somatopsychischen Krankheitslehre werden diagnostische Kategorien und Zugänge mit dem Ziel verbesserter Differenzierungsfähigkeit und effektiverer Therapiezuweisung entwickelt (vgl. z.M. MARINELLI und DELL ORTO 1977; MENTZEL 1978). MENTZEL (1978) z.B. hat dementsprechend eine Neuzuordnung der psychovegetativen Störungen vorgeschlagen (siehe 5.3).

3. Bestimmte mehr oder weniger "etablierte" psychotherapeutische Methoden werden speziell auf die Bedingungen einer rehabilitiven Einrichtung hin modifiziert (vgl. z.B. BENDORF u.a. 1976; BIGGS und BOWMAN 1973; BRENGELMANN 1975a, 1975b; BUCHMANN 1979; COOK u.a. 1973; COUCH und ALLEN 1973; DELIUS 1975a;DELIUS und TRÄGERT 1971; DOUBRAWA 1976b; ENKE 1975; HAMMER u.a. 1976; INCE 1976; LASKY u.a. 1977; MENTZEL 1969; NITSCH 1975; WITHEHOUSE 1976).

4. Im Zuge eines eher eklektischen praktisch-klinischen Vorgehens werden die einzelnen Rehabilitationspatienten medizinisch und psychologisch (Interview, Testverfahren usw.) untersucht. Je nach den dabei ermittelten "Auffälligkeiten" und Wünschen der Patienten werden ihnen unspezifische, spezifische und/oder kombinierte psychologische Beratungen und Behandlungsformen angeboten (vgl. z.B. DOUBRAWA 1976b, S. 179-181). Diese Lösungsversuche wirken, vor allem wenn sie mit Begleituntersuchungen verbunden sind, "heuristisch", indem sie versuchen, etwas "Neues", z.B. geeignete Interventionsformen im Rehabilitationsbereich, zu entwickeln.

5. Im Hinblick auf bestimmte Problembereiche erhalten Teilgruppen von umschriebenen Patienten, z.B. mit der Diagnose "Psychovegetatives Syndrom" oder mit besonde-

ren Behinderungen oder mit besonderen psychosozialen Belastungen, eine oder verschiedene Formen psychologischer Behandlung, deren Ergebnisse miteinander und mit denjenigen der Patienten mit der üblichen Kurbehandlung verglichen werden (z.B. BENDORF u.a. 1975; FISCHER u.a. 1977; MENTZEL und MENTZEL 1977). Damit wird ein erfahrungswissenschaftlicher Ansatz erreicht, der dem Indikationsversuchsplan 3 nach GRAWE (1978a) vergleichbar ist. Der Entscheidungsnutzen einer solchen "indikationsrelevanten" Strategie ist durchaus überprüfbar, da empirische Kriterien (insbesondere Rehabilitationserfolgskriterien) zur Verfügung stehen.

4.4 Ziele, Ansatzpunkte und Methoden sowie Ergebnisse psychotherapeutischer Rehabilitationsmaßnahmen

Übereinstimmung besteht häufig nicht nur darin, daß psychotherapeutische Rehabilitationsmaßnahmen auf interdisziplinären bzw. "komplementären" diagnostischen Möglichkeiten basieren sollen, sondern auch darin, daß "... die langfristige Integration psychologisch orientierter, "physikalischer" und medikamentöser Behandlungen als der am meisten wirksame Weg zur Wiedererlangung von Alltagsbewährungs- und Arbeitsfähigkeit" (DELIUS 1969, S. 361, siehe auch DELIUS 1975a, S. 106; DELIUS und FAHRENBERG 1966, S. 117 ff., S. 123 ff.) angesehen werden kann.

Damit hängt die Forderung von ENKE (1975, S. 245) zusammen, daß Psychotherapie im Rehabilitationsbereich ebenso wie in anderen Bereichen "organismisch-ganzheitlich" orientiert sein soll. ENKE, der die psychoanalytische Therapie modifiziert auf den Rehabilitationsbereich bezieht - und sich damit der o.g. Problemlösung 3 zuordnen läßt - hebt hervor, daß hierbei nicht nur eine Symptombeseitigung sondern eine Umstimmung (wie etwa im Zuge des Autogenen Trainings) oder sogar eine "Umstrukturierung" der Persönlichkeit (Psychoanalyse), die Stärkung der "Ich-Kräfte" und der sozialen Durchsetzungs-,

Leistungs- und Anpassungsfähigkeit" (S. 245) angestrebt werden soll. Unter dem Aspekt der "Rehabilitationspsychotherapie" unterscheidet er dann 1. stationäre Heilmaßnahmen der gesetzlichen Rentenversicherungsträger, zu denen u.a. eine im Rahmen spezieller psychotherapeutischer und/oder psychosomatischer Kurkliniken geleistete stationäre Psychotherapie gehört; 2. Feldarbeit, zu der vor allem die Planungen der Sozialpsychiatrie gehören; 3. spezielle, psychotherapeutisch fundierte berufsbezogene Rehabilitationssysteme, die für Neurosekranke und Verhaltensgestörte gelten, deren Symptomatik im Berufsfeld selbst liegt (ENKE nennt z.B. ständig Unbefriedigte und dauernde Stellenwechsler). Die unter 1. genannten Maßnahmen sind bereits verwirklicht, die unter 2. aufgeführten sind noch weitgehend in der Planung und die an 3. Stelle erwähnten Institutionen sind noch nicht realisiert. BEESE (1973) empfiehlt für rehabilitationsbedürftige, neurotisch und psychosomatisch gestörte Patienten, soweit sie durch besondere Ich-Schwäche, längere Arbeitsunfähigkeit und Chronifizierungsprozesse gekennzeichnet sind, eine Abwandlung der sogenannten Spiegel-Haltung des Therapeuten nach dem Muster einer "aktiven Therapie" (S. 320). Sie besteht in 1. der Unterbringung des Patienten in einem analysefördernden psychosozialen Milieu (Psychotherapeutische oder Psychosomatische Klinik), 2. der Einbeziehung aktiver äußerer Hilfen wie Milieu-Veränderung im klinischen zwischenmenschlichen Bereich mit der Lockerung bisheriger ggfs. starrer Rollenerfüllungen und Hilfen zur Verringerung der Belastungen im bisherigen beruflichen und familiären Milieu.

MENTZEL (1969) stellt - ebenfalls im psychoanalytisch-therapeutischen Bezugsrahmen - kurzpsychotherapeutische Möglichkeiten vor, mit denen unter kurklinischen Bedingungen funktionelle Erkrankungen behandelt werden können. Es werden vor allem die folgenden drei Schritte beschrieben, die den therapeutischen Prozess kennzeichnen (S. 42, 43): 1. Ausgehend von den Symptomen wird der

Patient mit der Möglichkeit der Psychogenese vertraut gemacht, wobei - falls die medizinische Untersuchung dies nahelegt - "... das Fehlen der organischen Befunde herausgestellt, andererseits auf die "Bedeutung" der verschiedenen Organsysteme hingewiesen, oder die körperliche Symptomatik auf eine psychische zurückgeführt wird" (S. 42). 2. Durch die Erörterung der auslösenden Situation wird das Psychogeneseverständnis erneut vertieft und gleichzeitig werden spezifische Hinweise auf Hemmungen und Haltungen der Persönlichkeitsstruktur gegeben. Fehlhaltungen werden auf dem Verständnis der Kindheitsentwicklung für den Patienten zugänglicher gemacht. 3. "Durch die Verknüpfung von Genese und Übertragung können dann wieder die aktuelle Situation bearbeitet und der Kreis der Entwicklung der Krankheit zeitlich geschlossen werden" (S. 43). MENTZEL betont darüber hinaus, daß es in einer solchen Kurztherapie auf die Entwicklung eines "Focus", die Überwindung der passiven Erwartungshaltung des Patienten und die Einleitung einer Neuorientierung ankommt, wobei dieser allerdings weniger mit einer echten Strukturänderung sondern eher "... mit Plänen und Orientierungshilfen..." ausgestattet die Klinik verlassen wird (vgl. auch AHLBRECHT 1958, 1968; SCHWIDDER 1958).

Nach NITSCH (1975) hängt das Gelingen des Rehabilitationsprozesses vielfach von den eigenen Möglichkeiten des Rehabilitanden ab, seine individuelle Situation durch Krankheitsverarbeitung und Umstellung sozialer Handlungsstrategien zu gestalten. Dazu sind therapeutische Bedingungen zu schaffen, die entsprechende Umlern- und Umstrukturierungsprozesse erleichtern. Vor diesem Hintergrund erhalten therapeutische Konzepte, die die aktive Mitarbeit des Patienten erfordern, eine besondere Bedeutung. NITSCH nimmt an, daß verhaltenstherapeutische Techniken und übende Verfahren,wie Autogenes Training, - hierzu vgl. auch WALLNÖFER 1972 - gestufte Aktivhypnose nach KRETSCHMER, progressive Relaxation nach JACOBSON, aktive Tonusregulation nach STOKVIS sowie gesprächspsychotherapeutische Techniken besonders geeignet seien. Sie sind indi-

ziert bei Fehlhaltungen (neurotischen Entwicklungen), die möglicherweise erst durch die Erkrankung ausgelöst wurden, und bei Erlebnis- und Verhaltensstörungen, die sich aus der "psychischen und sozialen Irradiation einer zunächst partiellen Störung" (S. 108) ergeben (vgl. auch LOHMANN 1979).

Als integralen Bestandteil einer rehabilitiven Gesamtbehandlung für Patienten mit psychovegetativen Störungen, die zu einer "Stabilisierung der Organfunktionen, Sicherung des Gesundheits- und Lebensgefühls, Steigerung der Belastbarkeit und Festigung der gelockerten Sozialbezüge" führen soll, hebt auch DELIUS (1975a, S. 104) gesprächspsychotherapeutische Techniken hervor. Und DOUBRAWA nennt diese neben Gruppentherapie und themenzentrierter Gruppenarbeit, verhaltenstherapeutischer und psychoanalytischer Kurztherapie als Methoden der im Rahmen des Heilverfahrens zu leistenden psychologischen Beratung und Behandlung, die vor allem an den "... hinter dem körperlichen Beschwerdebild stehenden seelischen Problemen und Konflikten ..." ansetzen soll (1976b, S. 179). Ähnlich wie ENKE (1975), MENTZEL (1969) und NITSCH (1975) beschreibt DOUBRAWA das Ziel psychotherapeutischer Rehabilitationsmaßnahmen in dreifacher Weise als Änderung von Fehlverhaltensweisen, Einübung zweckmäßigerer Verhaltensweisen und motivationale Umstellung in Richtung erhöhter Eigenverantwortung (S. 180, 181).

Dem ausführlichen Gespräch über die psychosozialen Belastungen der Patienten im Rahmen von Einzel- und Gruppentherapie mit dem Ziel, diesen zu einer effektiveren Auseinandersetzung mit jenen Belastungen zu verhelfen, kommt nach Auffassung etlicher Autoren eine überragende Bedeutung zu (vgl. z.B. BLOHMKE 1971, S. 322; BINDER 1971, S. 336; v. TROSCHKE 1973).

Die genannten Methoden für psychotherapeutische Rehabilitationsmaßnahmen lassen mehr oder weniger eine deutliche Strukturierung von Verlauf und Technik erkennen. In dieser Hinsicht erscheint ein Modell der "structured experiential therapy" als einer gruppentherapeutischen Methode für

die Rehabilitation ("SET-R") von LASKY u.a. (1977, S. 319-333) beachtenswert. Hierbei werden in die Therapie gleichzeitig körperlich beeinträchtigte bzw. behinderte und nicht beeinträchtigte Personen einbezogen. Die SET-R zielt auf eine Bewältigung von interpersonalen Belastungen und Konflikten sowie Stigmatisierungseffekten ab. Der Gruppenprozess konzentriert sich auf die persönlichen Ziele der Mitglieder und deren Verpflichtung, sich gegenseitig zu helfen, Die Gruppentherapie ist nach einem strukturierten "experiential format" aufgebaut, das folgende drei Phasen, die sich wiederum jeweils in 3 bis 4 Stadien aufgliedern, enthält: 1. In dieser Phase sollen Ziele der einzelnen Mitglieder gefunden und geklärt werden, wozu hauptsächlich ein verhaltenstherapeutischer Bezugsrahmen herangezogen wird. 2. In dieser Phase der Gruppenorientierung sind die Gruppenmitglieder mit der Aufstellung und Verwirklichung einzelner Verhaltenspläne und der Verarbeitung der dabei gewonnenen Erfahrungen befaßt, wobei füreinander eine besondere Rückmeldung und Verantwortung übernommen werden soll. 3. Diese Phase dient vor allem der Generalisierung auf alltägliche Lebensbereiche sowie spätere Sitzungen. Allgemeine Prinzipien dieses gruppentherapeutischen Modells sind neben der expliziten Zielorientierung, der heterogenen Zusammensetzung und strukturierten Lernerfahrung der geschriebene Kontrakt zwischen den Mitgliedern über ihre Erwartungen, Verpflichtungen und Belohnungen sowie der Gruppenleiter, der mit bestimmten Skills und Techniken zur Zielerreichung der Mitglieder beitragen soll. Erste Anwendungen des SET-R werden z.B. von DELL ORTO u.a. (1976) berichtet.

FORDYCE (1971) hat drei Problemklassen im Kontext der Rehabilitation unterschieden, auf die sich psychologische Interventionssysteme beziehen sollen: Verhaltenscharakteristika von Patienten, die inkompatibel mit Verhaltensweisen einer realitätsgerechten Situationsbewältigung sind (und manchmal als Folge anhaltender Institutionalisierung bzw. Hospitalisierung auftreten); 2. Probleme, die mit

plötzlichen und massiven Veränderungen der Lebenssituation zusammenhängen (etwa Erkrankungen, Verletzungen, Bezugspersonenverlust u.a.); 3. Probleme, die mit Erwerb und Aufrechterhaltung neuer Verhaltungsweisen, die dem veränderten Zustand des Patienten angemessen sind, zusammenhängen. Auf der Grundlage der Prinzipien des operanten Konditionierens, des Modell-Lernens und der systematischen Desensitivierung ordnet FORDYCE den genannten Problemklassen dann jeweils Interventionsstrategien zu. Der ersten Problemklasse werden Krisenmanagementverfahren zugeordnet. Die akute Krise liegt zwar im allgemeinen schon vor oder am Anfang der Rehabilitationsmaßnahme , doch sollten schon im prärehabilitiven oder rehabilitiven Bereich Interventionsschritte unternommen werden, die aufgrund einer größeren Beeinflußbarkeit des Individuums im Krisenstatus eine erhöhte Erfolgswahrscheinlichkeit haben. So sollten z.B. rehabilitationsrelevante zielgerichtete Verhaltensweisen aufgebaut und stabile Modelle angeboten werden. Weiterhin sollte "rehabilitation-as-punishment behavior" (S. 86) abgebaut und das Rehabilitationsprogramm mit sozialen und Aktivitäten-Verstärkern verbunden werden, da ein erzwungenes und mit aversiven Konsequenzen durchgesetztes Programm eher aggressives oder übermäßig passives Verhalten begünstigt. Auf die zweitgenannte Problemklasse sind Methoden zur "acquisition of disability-appropriate skills" (S. 93ff.), wie auch zur Trauerverarbeitung, bezogen. Hierzu sind Situationsanalyse, Identifikation von Skills und motivationsfördernde Maßnahmen notwendig. FORDYCE bezieht sich vor allem auf ein Programm von WALKER et.al., das für mehrfach beeinträchtigte Patienten zur Bewältigung von Berufsproblemen, insbesondere von defizienten Fertigkeiten zur Suche und zum Behalten eines Arbeitsplatzes, entwickelt wurde. Das Programm schließt u.a. Modelldarbietungen und Verhaltensübungen ein. Im Hinblick auf die drittgenannte Problemklasse werden Maßnahmen zur Aufrechterhaltung der Verhaltensänderungen bedeutsam, und zwar besonders deswegen, weil diesen in der natürlichen Umgebung oft keine hinreichende Verstärkung zuteil wird. Umso

mehr sind schon während des Rehabilitationsprogramms mit den einzelnen Patienten und gegebenenfalls mit seinen Sozialpartnern verstärkende Bedingungen für adäquates "rehabilitiertes" Verhalten zu identifizieren.

Die Anregungen von FORDYCE erscheinen allgemein und programmatisch formuliert. Gleichwohl können sie helfen, psychotherapeutische Rehabilitationsmaßnahmen gerade dafür "offen" zu halten, daß sie bisher wenig gelöste Probleme wie der Einfluß der institutionellen Umgebung und der Transfer auf das alltägliche Leben der Rehabilitationspatienten berücksichtigen.

INCE (1976) befaßt sich im rehabilitiven Kontext mit verhaltenstherapeutischen Interventionen bei Störungen des motorischen und sprachlichen Verhaltens, bei Verhaltens- und Managementproblemen (z.B. bezüglich Schmerzzuständen) und Biofeedbackanwendungen. Im Zusammenhang mit den vielgestaltigen Beschwerden von Patienten mit psychovegetativen Störungen erscheint ein behavioraler Behandlungsplan zum Management chronischer Schmerzen und Beschwerden von FORDYCE (1974) bemerkenswert, auf den sich auch INCE bezieht. Der Plan enthält u.a. die Komponenten der Patientenselektion (Ausschluß einer Organpathologie; Verstärkungskontingenz der "Pain behaviors", Einfluß von Medikamentenverstärkern, Verhaltensänderungen in der natürlichen Umgebung möglich), Aktivitätsübung (allmähliche Steigerung physischer Aktivitäten und -kontingent dazu - verschiedene Verstärker) und Aufmerksamkeit (durch Personal und möglichst auch Familienmitglieder auf Verhalten, das mit starker Beschwerdenschilderung und Klagsamkeit inkompatibel ist). INCE referiert einige Einzelfallstudien, die auf der Grundlage des Programms von FORDYCE durchgeführt wurden.

Ein eigenes Kapitel bei INCE (1976) ist der therapeutischen Anwendung von Biofeedbackmethoden in der Rehabilitationsmedizin gewidmet. Er beschreibt u.a. elektromayographische und blutdruckbezogene Anwendungen bei Rehabilitationspa-

tienten mit überwiegend positiven Ergebnissen, allerdings nur kleinen Fallzahlen. Der Autor schränkt, ähnlich wie SARGENT (1977), ein, daß sich Biofeedbacktherapie noch im Experimentierstadium befindet und breitere Applikationen in der Rehabilitation nach weiteren Untersuchungen sowie Verfahrensvereinfachungen durchaus finden kann (S. 290).

Weitere Anregungen und Erfahrungen zur Verhaltenstherapie in verschiedenen rehabilitiven Settings berichten z.B. COUCH und ALLEN (1973).

In den letzten Jahren finden sich in der Literatur neben Therapieempfehlungen und klinisch-kasuistischen Erfahrungsberichten zunehmend auch empirische Studien über Formen und Ergebnisse psychotherapeutischer Rehabilitationsmaßnahmen. Sie beziehen sich vorwiegend auf Gruppentherapie, die vielfach auch mit Individualtherapie verbunden ist, und - in geringerem Umfang - auf Einzeltherapie.

Ermutigende Ergebnisse aufgrund gruppentherapeutischer Behandlung waren für Infarktpatienten der Klinik Höhenried LEPPER (1969, 1972) festzustellen. Die Therapie setzte u.a. am Trauma des Infarktgeschehens, der Angst vor dem Reinfarkt, weiterhin an beruflichen, familiären und finanziellen Sorgen der Patienten an. Einzelaussprachen, die ebenfalls stattfanden, sowie die Gruppentherapie wurden von 80-90% der Kurpatienten am höchsten eingeschätzt, wenn sie hilfreiche Heilmaßnahmen einschätzen sollten. Auch ADSETT & BRUHN (1968) teilten Erfolge einer - vorwiegend nach dem klientzentrierten Konzept gestalteten - Gruppentherapie an Infarktpatienten und deren Ehefrauen mit. RAHE u.a. (1973) führten ein Langzeitexperiment mit Infarktpatienten durch und stellten positive Auswirkungen von Gruppenpsychotherapie u.a. auf berufliche Rehabilitation, Krankenhausaufenthalt und Mortalitätsrate im Vergleich zu unbehandelten Patienten fest. In einer follow-up-Studie nach 16 Monaten fanden sich signifikant weniger kardiologische Komplikationen und mehr Kenntnisse über Gesundheitsverhalten unter den Patienten, die Gruppentherapie erhielten

(N=38), als unter denen, die einer unbehandelten Gruppe angehörten (N=22). Der einzige Todesfall befand sich in der Kontrollgruppe (RAHE u.a. 1975).

BENDORF u.a. (1976) entwarfen als Klinische Gruppenkurztherapie das "Therapeutische Spiel", das mit Hilfe von Selbstwahrnehmungs- und Interaktionsübungen zur Verbesserung von Kontaktfähigkeit, Selbstfindung und Selbstsicherheit beitragen soll. Die Autoren berichten erste Erfahrungen mit diesem Konzept an Kurpatienten (N=49) der BfA-Kurklinik Auental, die zusätzlich individuelle (klientzentriert orientierte) Gespräche erhielten. Die teilnehmenden Patienten zeigten gegen Ende der Kur in verschiedenen FPI-Skalen (Nervosität, Depression, Gehemmtheit, emot. Labilität, Geselligkeit, Extraversion, Maskulinität und der Befindlichkeitsliste (v. ZERSSEN) ausgeprägtere positive (sign. bis sehr sign.) Veränderungen als eine KG, mit allerdings kleinem N=15, die die übliche Kurbehandlung erhielt. In einer Katamnese 3-6 Monate nach der Kur gab die große Mehrheit der Therapiegruppe-Patienten an, daß das Therapeutische Spiel auch in der Nachkurzeit positive Wirkungen gezeigt hat. Auch MENTZEL & MENTZEL (1977) berichten in ihrer Kurpatienten-Dokumentation, daß diejenigen der psychosomatisch auffälligen Patienten, die zusätzlich an einem gruppenpsychotherapeutischen Programm teilnahmen, in der Katamnese (allerdings nur knapp über die Hälfte Rücklauf) deutlich positivere Angaben zur Änderung des Lebens- und Arbeitsstils, zur wahrgenommenen Stellungnahme der Umwelt zur eigenen Person, zum psychogenetischen Verständnis der eigenen Beschwerden und - jedoch weniger deutlich - zum Ausmaß an Beschwerden selbst als Patienten ohne diese Behandlung machten.

Kürzlich hat BUCHMANN (1979) anhand fünfjähriger Erfahrungen in der BfA-Kurklinik Hüttenbühl über psychologische Behandlungsmaßnahmen für Patienten mit psychovegetativ-psychoneurotischen Störungen (im Alter zwischen 15 bis 25 Jahren) berichtet. Die Therapiemaßnahmen

beziehen Methoden u.a. aus der klientzentrierten, der Verhaltens- und Kommunikationstherapie ein.

Neuerdings wurden von SAUER und SCHNETZER (1978) an einer Stichprobe von N=30 Kurpatienten mit Asthma bronchiale die psychischen Veränderungen zum Ende eines vierwöchigen Kuraufenthaltes (Bad Reichenhall) im FPI untersucht. Dabei wurde zwischen einer Gruppe von Patienten mit zusätzlichem Autogenen Training (N=7) und der restlichen Gruppe von Patienten ohne dieser zusätzlichen Behandlung unterschieden. Auch erfolgte ein Vergleich zwischen den Veränderungen im FPI und in objektiven medizinischen Daten. In den FPI-Skalen ergaben sich zum Kurende tendenzielle Veränderungen in der Nervositätsskala, die bei den Patienten mit zusätzlichem AT noch etwas deutlicher, wenngleich nicht signifikant ausgeprägt waren. Deutlich gebessert war jedoch der medizinische Befund, der von den Autoren leider nicht näher präzisiert wird. Als Gründe für diese Diskrepanz werden die verschiedenen Untersuchungsmethoden sowie betont somatische Attribuierungen der Patienten diskutiert.

FISCHER u.a. (1977) entwickelten verhaltenstherapeutische Programme zur Erhöhung von sozialer Kompetenz und Selbstsicherheit bei körperlich behinderten Rehabilitanden des Berufsförderungswerks Heidelberg. Sie umfaßten 4 bis 5 Übungssituationen zu 7 übergreifenden Verhaltensbereichen in einer Behandlungszeit von 7 ca. zweistündigen Trainingssitzungen. Die Verhaltensbereiche werden mit "Auskunft einholen", "Um Unterstützung bitten", "Meinung, Kritik äußern", "Gefühle äußern", "Ablehnung", "Nein sagen", "Frei sprechen vor Gruppe" und "Berechtigte Forderungen durchsetzen" (S. 23) bezeichnet. Die Autoren unterschieden ein übungs- und interaktionsorientiertes Programm. Gemeinsam war beiden die systematische Einübung selbstsicherer Verhaltensweisen im Rollenspiel mit wechselseitigem Rollentausch der Klienten und direkter, differentieller Verstärkung durch die Trainer. Die interaktions-

orientierte Version enthielt darüber hinaus kognitive Problemlösungsansätze und differenzierte, per Modell vermittelte, Wahrnehmungen interaktionaler Prozesse. Patienten (N=24), die entweder das eine oder andere Programm absolvierten, zeigten zum Abschluß und in einer Halbjahreskatamnese günstigere Ergebnisse (in FPI, Angst-Unsicherheitsfragebogen, Angstmaße u.a.) als eine Kontrollgruppe (N=16), wobei die Werte der interaktionsorientierten Behandlungsgruppe am positivsten waren.

Auch zur Einübung gesundheitsförderlicher Verhaltensweisen und zur Unterstützung breiter angelegter gesundheitserzieherischer Aktivitäten (vgl. z.B. KLEINERT 1975; SCHAUWECKER 1976, S. 52) finden sich rehabilitationspsychotherapeutisch bedeutsame Studien. So schlägt z.B. BRENGELMANN (1975a, 1975b) verhaltenstherapeutische Prinzipien und Methoden zur Behandlung von Rauchen, Übergewicht und Bewegungsmangel im Rahmen der Kur vor. Über ein umfangreiches Programm zur Raucherentwöhnung, das verhaltenstherapeutische, gruppendynamische und Entspannungs-Techniken enthält, multimedial (z.B. audiovisuellen Mitteln) arbeitet und seit einigen Jahren in Kurkliniken der LVA Hessen erprobt wird, berichtet HAMMER (1976, auch HAMMER u.a. 1976). Es werden erhebliche Erfolge dieser Raucherentwöhnungstherapie mitgeteilt: bei 82% der Raucherentwöhnungswilligen (N= 7.982) Raucherentwöhnung während der Kurzeit und bei 55,6% ("Mogelquote" 10,4%) anhaltender Erfolg nach 8 Jahren. Hingegen lag die Raucherentwöhnungsquote bei Kurwiederholern der Kurklinik Bad Wörishofen (N=313) nach 2-8 Jahren nur bei 14% (HÖFT 1973, S. 37,38) und in einer weiteren Kurpatientenuntersuchung bei 20% (SCHAUWECKER 1967). Dieser Unterschied mag zwar für eine gewisse Überlegenheit systematischer Verhaltenstrainings gegenüber der üblichen Kurbehandlung sprechen, doch kann er auch mit unterschiedlichen Stichproben (Raucherentwöhnungswillige oder anfallende Patientengruppen und hiervon nur Kurwiederholer) zusammenhängen. Für die erste Möglichkeit spricht wiederum, daß auch in anderen Studien

nur wenig nachhaltige Umstellungen von gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen gefunden wurden, sofern Kurbehandlungen ohne systematische psychotherapeutisch-verhaltenstherapeutische Interventionen zugrundelagen. Z.B. hat in der Zweijahreskatemnese von MEDERT-DORNSCHEIDT und MYRTEK (1977) an Herzkreislaufpatienten einer BfA-Klinik der Alkoholkonsum wieder das frühere Niveau erreicht und das Ausmaß sportlicher Betätigung war nicht höher als vor der Kur. Die Zahl der Raucher hat allerdings stark abgenommen. Keinen katamnestisch zu sichernden Erfolg des Heilverfahrens bezüglich der aufgewendeten Freizeit für Gesundheitsmaßnahmen stellten HALLWACHS und STOCKSMEIER (1975) fest. Nach KLEINSCHMIDT (1975, S. 187) gelang im Rahmen einer allgemeinen Reduktionsbehandlung eines Kurpatientenkollektivs von N=225 Übergewichtigen eine durchschnittliche Gewichtsminderung um 4,4 kg, die im Rahmen einer zusätzlichen gruppentherapeutischen Behandlung durchschnittlich immerhin bei 6,5 kg zum Kurende lag. Ähnliche Befunde ergaben sich auch in der Nachkontrolle. Die Mißerfolgsquote wird mit 40% angegeben. Dagegen berichtet TEICHMANN (in HÖFT 1973) weniger günstige Resultate, die sich allerdings nur auf Kurwiederholer (nach 2-8 Jahren nach dem ersten Heilverfahren) beziehen. Unter den Übergewichtigen fand sich bei 35% eine Abnahme, bei 11% eine Konstanz und bei 54% eine erneute Zunahme des Gewichts. Auch in der Katamnese von MEDERT-DORNSCHEIDT und MYRTEK (1977) stellte sich eine erneute Zunahme des Gewichts heraus, in dem am Ende des Heilverfahrens noch günstige Veränderungen eingetreten waren.

Nach einem Überblick von BIENER (1977, S. 572-577) über Effekte und Forschungsergebnisse der Gesundheitserziehung in verschiedenen (nicht nur rehabilitiven) Bereichen (z.B. Betriebe, Erwachsenenbildung) ist anzunehmen, daß vielseitige und langfristige Gesundheitserziehungsprogramme zur Modifikation zahlreicher somatischer Funktionen sowie Lebensgewohnheiten bei den angesprochenen Personen führen. Gleichwohl ist keine nachhaltige Beeinflussung durch lediglich einzelne Vorträge zu erwarten.

Unsere Ausführungen zu Ansatzpunkten, Methoden, Zielen und vor allem zu Ergebnissen psychotherapeutischer Rehabilitationsmaßnahmen veranlassen uns zu der vorläufigen und vorsichtigen optimistischen Einschätzung, daß solche Interventionen in sozialethischer und humanistischer, auch in gesundheitspolitischer Hinsicht "wünschenswerte" und "günstige" "Wirkungen" erwarten lassen. Immerhin sprechen dafür die ersten wenigen Studien, die wenigstens im Ansatz versuchten, Kontrollgruppen- und Parallelisierungsprobleme in Angriff zu nehmen (z.B. BENDORF u.a. 1976; FISCHER u.a. 1977; MENTZEL und MENTZEL 1977; RAHE u.a. 1975). Z.B. wurden Behandlungs- und Kontrollgruppe bei FISCHER u.a. (1977) durch die Berücksichtigung verschiedener Selektionsmerkmale,wie Gesamtscore selbstsicheren Verhaltens, Teilnahmemotivation, Schwere der Behinderung und Geschlecht, in beachtlichem Ausmaß homogenisiert. Eine solche Vergleichbarkeit der Patienten läßt sich z.B. bei BENDORF u.a. (1976) und MENTZEL und MENTZEL (1977) nun allerdings schon nicht mehr finden.

Darüber hinaus wird unsere obige zuversichtliche Schlußfolgerung relativiert durch folgende Umstände und Probleme (und erst durch deren Berücksichtigung wiederum eher gerechtfertigt):

- In zahlreichen medizinischen und vor allem psychologischen Studien über die Effekte allgemeiner Kurbehandlung, in denen explizite psychologische Behandlungsmaßnahmen nicht vorhanden und/oder nicht systematisch kontrolliert waren, ergaben sich zum Kurende im Vergleich zum Kuranfang statistisch bedeutsame Verbesserungen in Variablen des subjektiven Befindens (z.B. DANKO 1977; DIENZ 1973; DINSE 1977; DOUBRAWA 1977; ENGLER-HAMM 1971; ENKE-FERCHLAND 1970; FERSCHING 1976; FERSCHING und KURY 1979;FICKER 1973; FRANK 1974; FRIEDRICH 1974; GASSER 1970; GÖLLNER 1970a;MAGYAROSI 1977; MENTZEL und MENTZEL 1977; MONTAZEM 1973; STADLER 1971; STOCKSMEIER 1973; WEBER und MÜLLER 1977), die u.a. Allgemeinbefinden, Beschwerden, Stimmun-

gen, Leistungsfähigkeit und Schlaf betrafen. Sie waren in den wenigen katamnestischen Studien weniger nachhaltig ausgeprägt (vgl. z.B. MEDERT-DORNSCHEIDT und MYRTEK 1977; STOCKSMEIER 1973). Ebenso fanden sich Veränderungen im Sinne positiver Kureffekte in Persönlichkeitsvariablen , z.B. in FPI (vgl. z.B. ANTONS 1972; DOUBRAWA 1977) und BPI (vgl. Z.B. FERSCHING und KURY 1979; DINSE 1977), in MPI und MMQ (vgl. z.B. GEHRCKE 1970). Zum Teil kontrollierten die genannten Studien Faktoren wie Alter und Geschlecht, wobei männliche Patienten offenbar deutlichere Verbesserungen zeigen (vgl.z.B. SIEGRIST 1971), sowie Krankheitsdiagnosen (z.B. MEDERT-DORNSCHEIDT u.a. 1976; HALLWACHS und STOCKSMEIER 1975). So ist anzunehmen, daß auch die "üblichen Kurmaßnahmen" zu positiven psychischen Kureffekten führen. Psychologische zusätzliche Behandlungsmaßnahmen müssten sich dann z.B. in statistisch bedeutsamen Wechselwirkungen bzw. in befriedigenden Prädiktorwerten niederschlagen, um überzeugend zu wirken. Nun sind natürlich übliche, unspezifische Heilmaßnahmen oftmals nicht ohne psychotherapeutische Einflußnahmen. Damit hängt das nächste Problem zusammen.

- Es wurden bisher kaum systematische Untersuchungen durchgeführt, um die Effekte verschiedener rehabilitiver, einschließlich psychologischer, Treatments zu überprüfen. Gehen wir einmal von vergleichbaren vegetativen Störungen (z.B. Erschöpfungszuständen) aus, dann wäre im Rahmen der Kurforschung empirisch zu vergleichen, welchen "heilenden Einfluß" etwa das viel empfohlene Autogene Training (vgl. SAUER und SCHNETZER 1978), das therapeutische Gespräch oder die Selbstsicherheitsübung nehmen (etwa im Sinne von Versuchsplan 3 nach GRAWE 1978a, S. 1860, 1861). Damit hängt wiederum zusammen, daß(auch) in den Studien zu psychotherapeutischen Rehabilitationsmaßnahmen bisher ein deskriptives Stadium

kaum überschritten wurde. Genauere Bedingungs-Wirkungs-Analysen, wenigstens auf einem wissenschaftstheoretischen Niveau, von Strategien und Treatmentauswahlgesetzen (vgl. WESTMEYER 1972, 1976b) wären notwendig. Sie würden dadurch erleichtert, wenn künftig für die Beurteilung von Rehabilitationseffekten und -erfolgen einige definierte Kriterien zur Verfügung stünden.

5 Modelle der psychosomatischen Krankheitslehre und Entwicklungen im Rahmen der Psychotherapieforschung als Bezugsrahmen für psychotherapeutische Rehabilitationsmaßnahmen

5.1 Einführung

Nicht nur im Kontext der Rehabilitation erwarten wir Anhaltspunkte über Möglichkeiten und Grenzen psychotherapeutischer Rehabilitationsmaßnahmen, die sich vor allem auf psychovegetativ-psychosomatische Störungen, auch die mehr oder weniger damit korrespondierenden psychischen Belastungen sowie auf spezielle Gesundheitsverhaltensprobleme beziehen. Weitere Orientierungen erhoffen wir aus den Bereichen der Theorie- und Modellentwicklung zu psychosomatischen Störungen und Krankheiten und den daraus abgeleiteten Therapiemethoden sowie aus Entwicklungen in der Psychotherapieforschung.

In beiden Bereichen lassen sich im Hinblick auf die genannten Probleme psychologische Behandlungsansätze feststellen, die in den letzten Jahren entweder unabhängig voneinander oder in wechselseitigem Austausch miteinander entwickelt wurden (vgl. z.B. LIPOWSKI 1976, S. 9). Dabei interessieren uns in erster Linie die Ansätze im Hinblick auf psychosomatische und psychovegetative Störungen und Krankheiten.

Für unsere Erkundigungen sind erneut die Gesichtspunkte der Voraussetzungen und Annahmen über Störungen, und zwar insoweit sie therapeutische Implikationen enthalten, außerdem der therapiebezogenen Diagnostik und Therapie sowie der therapeutischen Ansatzpunkte, Methoden, Ziele und Ergebnisse maßgebend. Wir beginnen mit der psychosomatischen Krankheitslehre und gehen dann auf Ansätze aus der Psychotherapieforschung ein.

5.2 Relevante Modelle der psychosomatischen Krankheitslehre im Hinblick auf die psychologische Behandlung psychosomatischer Krankheiten und Störungen

Im Rahmen der psychosomatischen Krankheitslehre lassen sich verschiedene Pathogenesekonzepte feststellen. Dabei handelt es sich je nach der theoretischen Orientierung u.a. um psychoanalytisch, sozialanalytisch bzw. sozialwissenschaftlich, verhaltenstheoretisch-lerntheoretisch, konstitutionell sowie psychophysiologisch und stresstheoretisch orientierte Konzepte (vgl. BERBALK 1978; DELIUS 1975b; FAHRENBERG u.a. 1978b, S. 13-24; SCHMIDT und BECKER 1977; v. UEXKÜLL 1979a; ULLMANN und KRASNER 1975, S. 333 ff.)

In dem Bereich der BRD spielt die psychoanalytische Krankheitslehre eine bedeutende Rolle, so daß manchmal Psychoanalyse und Psychosomatik nahezu gleichgesetzt werden (vgl. z.B. BORENS und WITTICH 1976; BRÄUTIGAM 1977; CREMERIUS 1978; RUDOLF 1977; v. UEXKÜLL 1979). Hingegen ist z.B. in den USA eher ein Theorien- und Methodenpluralismus zu beobachten, der z.B. auch verhaltenstheoretisch-lerntheoretische Konzepte (vgl. z.B. PRICE 1974) enthält. Freilich gibt es im psychoanalytischen Bereich recht unterschiedliche Akzentuierungen pathogener Bedingungen (vgl. z.B. Diskussion bei CREMERIUS 1978), deren "gemeinsames Band" vielleicht noch am ehesten die Betonung psychischer und lebensgeschichtlicher Prozesse, etwa im Sinne der "Einführung des Subjekts" bei WEIZSÄCKER (1947) sowie gesellschaftlicher Verhältnisse (vgl. BREDE 1974) darstellt, wobei im Zuge einer "psychosomatogenen Subjektivierung" (ZEPF 1976a, 1976b) über frühkindlich-sozialisatorische Einflüsse psychosomatische Störungen und damit zusammenhängende Verhaltensqualitäten mitbegründet werden. Dabei sieht ZEPF (1976a, S. 93) eine Beziehung zwischen einer restringierten Interaktionspraxis, durch die Interaktionsengramme undifferenziert bleiben und keine selektive Spezifität gewinnen können, und einer eingeengten Differenzierung biologisch-physiologischer Abläufe, deren subjektive Wahrnehmung sodann nicht über ein physiologisch in-

fantiles Niveau hinauskommt. Die Heterogenität der Konzepte wird rasch sichtbar, wenn Aussagen zu zentralen Begriffen wie Konversion, Somatisierung, Spezifität u.a. gemacht werden (siehe Übersichten z.B. bei BRÄUTIGAM und CHRISTIAN 1975; GRINKER 1973). Hinsichtlich der Implikationen für die Psychotherapie kann von zwei Richtungen, die sich - beide mehr oder weniger im Kontext der Psychoanalyse - in der wissenschaftlichen Literatur abzeichnen, ausgegangen werden (vgl. RUDOLF 1977, S. 207). Die eine Richtung ist auf die Medizin ausgerichtet und fügt organischen Syndromen gleichsam einen psychologischen Anteil hinzu. Die zweite Richtung versteht die psychosomatische Störung eher als eigengesetzliches Geschehen und wurde deutlich von der französischen psychosomatischen Schule (z.B. MARTY 1958; SCHUR 1955,1974) beeinflußt. Psychosomatische Strukturen werden von neurotischen und psychotischen unterschieden (vgl. auch MENTZEL 1978). Dabei werden psychosomatisch gestörte Individuen oft als phantasielos, mechanistisch und konkret denkend, gefühlsflach, im sprachlichen Ausdruck eingeschränkt auf dumpfe Körpersprache, narzistisch, eher unfähig zur reifen Objektbeziehung, objektabhängig und ohne Identitätsgefühl beschrieben (vgl. auch ZEPF 1976a). Die therapeutischen Möglichkeiten werden sodann von beiden Richtungen als eher pessimistisch eingeschätzt. Die erste Richtung verweist dabei u.a. auf die mangelnde therapeutische Versorgungssituation, empfiehlt psychoanalytische Behandlung und verbleibt im übrigen in eher vagen und knappen Formulierungen (WESIACK1971 verwendet in dem von LOCH herausgegebenen Band "Psychoanalytische Krankheitslehre" 2,5 Seiten des 61seitigen Psychosomatikkapitels über Therapie). Die zweite Richtung hebt die erhebliche, mit tiefgreifenden Verdrängungsprozessen verbundene Gestörtheit hervor (z.B. MITSCHERLICH 1961), die psychosomatisch erkrankte Personen kennzeichnet und sie daher verbal orientierten therapeutischen Methoden nur schwer oder nicht zugänglich macht (vgl. kritische Stellungnahme z.B. von RUDOLF 1977, S. 209). Neuerdings hat CREMERIUS (1977) die

Annahme einer eigenen psychosomatischen Persönlichkeitsstruktur, wie sie von den französischen Autoren präferiert wurde, ebenso den daraus abgeleiteten Therapierbarkeitspessimismus, kritisiert. Er bringt die oben angedeuteten Phänomene der sogenannten psychosomatischen Struktur (operationales Denken usw.) in einen Zusammenhang mit sozialisationsspezifischen Faktoren, die eine Verknüpfung von emotionalen-affektiven Zuständen und sprachlichen Bezeichnungen erschwerten. Die psychosomatische Struktur würde sich auch bei Patienten mit psychoneurotischen Störungen ohne Körpersymptomatik zeigen und in der Regel bei psychosomatischen Patienten der Mittelschicht fehlen (z.B. 1978, S. 59). Die Schwierigkeiten der Therapierkarkeit erklärten sich besonders auch aus dem Zusammenhang von psychosomatischer Struktur und Selektionsverfahren, wobei oftmals psycho-therapeutisch eher unmotivierte Patienten ausgefiltert würden. Aufgrund eigener Beobachtungen und Überlegungen hält CREMERIUS die theoretische und praktisch-therapeutische Vereinbarkeit von psychosomatischen Strukturen und Psychoanalyse für durchaus möglich. Inzwischen findet sich innerhalb der Psychoanalyse eine differenziertere Behandlung des Themas der Psychotherapie psychosomatischer Krankheiten (vgl. z.B. die Beiträge in v.UEXKÜLL 1979).

In psychodynamischer Hinsicht werden bei der speziellen Gruppe der "psychovegetativ" gestörten Personen ein hochgespanntes Ich-Ideal und die Repression als charakteristischer Abwehrmechanismus betont (z.B. MENTZEL 1976, S. 262). Unterdrückung bedeutet hiernach, daß innere Konflikte "übersehen" werden oder sich der Patient resigniert abwendet. Gleichwohl werden die Konflikte als bewußtseinsnäher und damit leichter durch therapeutische Interventionen zugänglich als bei psychosomatischen Störungen im engeren Sinne betrachtet. Auch wird bei psychovegetativen Störungen den aktuellen Spannungen und Belastungen neben früheren Traumata eine wichtige Bedeutung beigemessen, woraus die therapeutische Aufgabe, aktuelle Lebensprobleme be-

sonders zu berücksichtigen, resultiert (MENTZEL 1976, S. 263).

Von verhaltenstheoretischer und lerntheoretischer Seite werden psychosomatische Störungen im Rahmen der Paradigmen des klassischen und operanten Konditionierens als gelernte autonome Reaktionen (BIRNBAUMER 1973, 1977; LACHMAN 1972; MILLER 1978), sowie mit Hilfe kybernetischer Modelle (LEGEGEWIE und NUSSELT 1975) und - als "Stressreaktionen" - anhand handlungstheoretischer Modelle (vgl. z.B. SEMMER und PFÄFFLIN 1978a, 1978b) konzeptualisiert. Empirische Fundierungen zu den lerntheoretischen Vorstellungen werden vor allem in tierexperimentellen Befunden etwa zur sogenannten experimentellen Neurose und zu experimentell erzeugten Magenläsionen (vgl. z.B. BRADY 1975; WEISS 1972) gesehen. FAHRENBERG u.a. (1978b, S. 21) verweisen auf die Zusammenhänge, die von manchen Autoren zwischen den Experimenten von WEISS, der - in Interpretation seiner eigenen und in Neuinterpretation der Befunde von BRADY - in Reaktionshäufigkeit und (positivem und negativem) Feedback zwei wichtige Bedingungen der psychosomatischen Ulceration sieht, und humanpsychologischen Konzepten der Hilflosigkeit (z.B. SELIGMAN 1975; auch BIRBAUMER 1977) hergestellt werden. In dem sehr umfassenden lerntheoretischen Konzept von LACHMAN (1972) folgen emotional-physiologische Reaktionen Assoziations- und (äußere und innere Repräsentationen einschließenden) Generalisationsprinzipien. Bei hinreichend intensiven, anhaltenden und wiederholten emotionalen Reaktionen können physiologische Funktionsstörungen und strukturelle Schädigungen entstehen, wobei in der Empfänglichkeit für entsprechende psychosomatische Störungen interindividuelle Unterschiede angenommen werden (S. 180). Eine wichtige therapeutische Implikation dieses Ansatzes ist, daß emotionale Reaktionen bzw. Stimulus-Reaktions-Beziehungen, die in pathologischen biologischen Konsequenzen resultierten, durch Extinktion unerwünschter Reaktionen und Erlernen adäquater Reaktionen modifiziert

werden können (S. 171, 180). Erste empirische Fundierungen der in diesem Ansatz enthaltenen pathogenetischen Vorstellungen finden sich (nach FAHRENBERG u.a. 1978b, S. 21) in Biofeedbackstudien und in Untersuchungen von Asthma-bronchiale-Patienten. Therapeutische Anwendungen werden z.B. von PRICE (1974), KELLNER (1975), KRAUSE u.a. (1977) GRAWE (1978b) GRAWE und PIPER (1977), SCHONEKE (1979) sowie FRANKS und WILSON (1978) mitgeteilt (siehe unten).

Schließlich soll auf psychophysiologisch und stresstheoretisch orientierte Pathogenesekonzepte hingewiesen werden. LEVI (1972; siehe auch LEVI 1978; KAGAN 1978) z.B. geht von psychosozialen Stimuli aus, die in verschiedenen sozialen Strukturen enthalten sind. Diese interagieren mit Merkmalen des Individuums und das Zusammenwirken ruft psychische und somatische Reaktionen hervor, die mittelbar oder unmittelbar Krankheiten hervorrufen können. Die psychologische Forschung konzentriert sich auf subjektive Erlebnis- und Bewertungsweisen der belastenden Umstände. Die psychophysiologische Laborforschung hat wichtige emotions-, aktivierungs- und lerntheoretische Beiträge zu diesem Ansatz geleistet, unter denen z.B. die Befunde über individualspezifische psychophysische Reaktionsmuster eine besondere Rolle spielen (vgl. FAHRENBERG u.a. 1978b, S. 23, 24; auch JORASCHEK und KÖHLE 1979).

In stresstheoretischer Hinsicht sind auch die Ansätze zum "life change"- bzw. "life-events"-"stress" zu erwähnen, die auf der Annahme eines Zusammenhangs zwischen solchen Änderungen und Ereignissen sowie physischen und mentalen Krankheiten und Störungen beruhen. Mindestens zwei methodologische und theoretische Ansätze lassen sich unterscheiden: Der eine betont die pathogene Bedeutung der (nachfolgenden) Anpassung an das eingetretene life event und wird etwa von HOLMES und RAHE (1967) bzw. RAHE (z.B. 1975, 1976; RAHE und ARTHUR 1978; siehe auch DOHRENWEND und DOHRENWEND 1974, 1975; HAWKINS u.a. 1957; MASUDA und HOLMES 1967) vertreten. Der andere Ansatz hebt die krankheitsbegünstigen-

de Rolle des Eintritts besonderer Ereignisse hervor und wird von PAYKEL (PAYKEL u.a. 1971; PAYKEL und UHLENHUT 1971) und UHLENHUT (UHLENHUT und PAYKEL 1973) repräsentiert (zu Ähnlichkeiten und Unterschieden dieser Ansätze siehe z.B. HURST u.a. 1978; zu methodischen Schwierigkeiten siehe z.B. SARASON 1975). Unabhängig von solchen theoretischen und methodischen Problemen ist es auch eines der herausragenden Ergebnisse einer umfassenden Übersicht über epidemiologische Studien zu neurotischen und psychosomatischen Störungen von KATSCHNIG und STROTZKA (1977, S. 301), daß neben den langfristigen Lerneinflüssen den aktuellen Lebensumständen eine pathogene Relevanz zukommt. Die Autoren heben hierbei neben den "life events" familiäre Faktoren (vgl. BROWN 1965), Arbeitsplatzfaktoren (vgl. KORNHAUSER 1965; GARDELL 1978; ZIMMERMANN 1976; auch BUGGLE und FERSCHING 1980) und ökologische Faktoren (vgl. HÄFNER u.a. 1969; STROTZKA 1973) hervor.

Vermutlich dürfte eine erhebliche Bedeutung der life-event-Forschung, ebenso wie der Stress-Forschung, zunächst einmal auf dem pathogenetischen Sektor liegen. Gleichwohl dürften sich mit zunehmender Kenntnis über mehr oder weniger "effektive" Verarbeitungs- und Copingstrategien wichtige Implikationen für die Prävention psychophysiologischer Störungen ergeben (vgl. z.B. SOMMER 1977, auch das neuere life-event-Modell von RAHE und ARTHUR 1978).

In <u>sozialwissenschaftlicher bzw. sozialanalytischer</u> Hinsicht sind noch Beiträge bemerkenswert, die psychoanalytische und/oder stresstheoretische Konzeptionen mit Vorstellungen über gesellschaftliche bzw. gesellschaftlich vermittelte pathogene Faktoren verbinden. BREDE (1972) nimmt an, daß das Individuum die Doppelaspektivität von Subjekt und Objekt, von Körpersein und Körperhaben vereinbaren und daher im Zuge einer "generativen Ichleistung" (S. 172) prüfen muss, ob gesellschaftlich vorgegebene Verhaltensmuster mit Handlungsimpulsen zu vereinbaren sind. Wenn nun die Spielräume zur Auswertung solcher subjektiver Verhaltensangebote geringer werden, dann müssen Konfliktverarbeitung bzw. neurotische Symptombildung und Teilnahme an

sozialer Interaktion miteinander vereinbar bleiben, was zu psychosomatischen Krankheiten führen kann (vgl. auch BREDE 1978). Auf die Bedeutung einer "restringierten Praxis" in der Sozialisierung psychosomatisch gestörter Individuen nach ZEPF (1976a) haben wir schon im Zusammenhang mit psychoanalytisch orientierten Konzepten verwiesen. In einer Modelltheorie des "psychosozialen Stress" nehmen SCHAEFER und BLOHMKE (1977) an, daß "... alle psychosozialen Daten ... Faktoren der KHK (koronaren Herzkrankheiten, Anm.d.Verf.) werden, wenn sie, und in dem Maße wie sie somatische Mechanismen in Form von Primärfaktoren auslösen" (S. 179). Dabei sind Risikofaktoren solche Bedingungen, die unmittelbare Wirkungen auf Herzmuskel und Gefäße haben (z.B. Blutfette). Die vielfältigen Faktoren der emotionalen und verhaltensmäßigen Auseinandersetzung mit der sozialen Umwelt, unter denen die Persönlichkeit als dominierenden Faktor angesehen wird, werden unter der Bezeichnung des "psychosozialen Stress" (S. 181) zusammengefasst. Einen Versuch, Überlegungen zur gesellschaftlichen Struktur mit psychologischen Vorstellungen über die Entstehung psychischer Störungen zu verbinden, unternimmt FRESE (1977; vgl. auch 1978, 1979). Zentrale Begriffe dieser Verbindung sind einmal Stress mit einer teilweise modifizierten Anwendung des Konzepts von LAZARUS (1966) und zum anderen Kontrolle bzw. Nicht-Kontrolle, womit vor allem die Möglichkeiten, Umgebungsfaktoren zu verändern, gemeint sind. Psychosomatische Störungen können auftreten, wenn "... viele Reaktionen gezeigt werden und versucht wird, durch große Anstrengung Kontrolle wieder herzustellen", wobei aber die subjektiv erfahrene Kontrolle über Stressoren gering ist (1977, S. 111, 112). Die Beziehungen zwischen tierexperimentellen Befunden und Hilflosigkeitskonzepten werden hier erneut sichtbar.

Auch auf stressorientierte Pathogenesekonzepte, wie sie zur Identifizierung - und Modifikation - psychosozialer Risikoverhaltensweisen im Hinblick auf Arten der Krebser-

krankung entwickelt werden, so z.B. von GROSSARTH-MATICEK (z.B. 1979), soll zumindest verwiesen werden. So machen die Arbeiten von GROSSARTH-MATICEK u.a. deutlich, daß die psychologische Problematik des Krebskranken in prospektiver und retrospektiver Hinsicht von anderen Krankheitsbildern zu trennen ist, so vor allem Merkmale einer chronisch blockierten Bedürfnisreduktion im Zustand der Überanpassung (1979, S. 272). Genau an darin implizierten Risikoverhaltensweisen setzen auch präventivtherapeutische und verhaltenstherapeutische Therapieprogramme an (siehe 5).

Ein familienbezogenes, kommunikationstheretisch orientiertes "conceptual model of psychosomatic illness in children" stellen MINUCHIN u.a. (1977) vor. Sie wenden sich gegen die einseitig individuumszentrierte pathogenetische und therapeutische Orientierung mancher Psychosomatikkonzepte. Die Autoren entwerfen ein "open systems model" (S. 147), das auf den Annahmen 1. des Zusammenhangs zwischen bestimmten Typen familialer Organisation und der Auslösung und Aufrechterhaltung psychosomatischer Krankheiten sowie 2. einer wichtigen Funktion des kindlichen Symptoms für die familiäre Homöostase beruht (vgl. z.B. auch MEISSNER 1974; PAKESCH 1974). Damit lassen sich kommunikationstheoretisch und zugleich psychodynamisch orientierte Überlegungen in Zusammenhang bringen. STIERLIN (1975, 1977) z.B. beschreibt drei in Familien vorkommende Beziehungsmodi, die eine disponierende Bedeutung für psychosomatische Störungen haben sollen: Die Bindung, die eine altersentsprechende Entwicklung verzögern bzw. blockieren kann, die Ausstoßung, die zur Vernachlässigung der eigenen oder anderer Personen und zu übermäßigem Autonomiestreben führen kann, und die Delegation, womit ein "mit einem Auftrag, einer Mission betrauen" gemeint ist. Z.B. besteht eine pathologische Delegation dann, wenn Eltern tatsächliche Berufswünsche ihres Kindes ignorieren und es dazu drängen, ihre eigenen Berufswünsche zu erfüllen.

Die sozialanalytisch orientierten Konzeptionen über psychosomatische Störungen können kaum als Erklärungen in dem Sinne befriedigen, daß sie die pathogenetischen Bedingungen hinreichend spezifizieren. Sie lenken aber die Aufmerksamkeit auf soziale und interaktionale Randbedingungen, auf deren systematische Verkettung mit unmittelbar "ansetzenden" psychosomatischen Störungsbedingungen in einer übergreifenden Theoriebildung kaum verzichtet werden darf. Auch die präventiven und therapeutischen Implikationen dieser Ansätze wirken recht allgemein, so z.B. das Postulat der "Gegenkontrolle" bei FRESE (1977, S. 189).Gleichwohl scheinen therapeutische Erfahrungen zu vermehrter Kontrolle über Umgebungsfaktoren die Wichtigkeit solcher Vorschläge zu bestätigen (vgl. z.B. GROEN 1974; PIEPER und GRAWE 1977).

5.3 Zu Diagnostik- und Indikationsfragen, Ansatzpunkten, Methoden und Ergebnissen der Psychotherapie bei psychosomatischen Krankheiten und Störungen

FAHRENBERG u.a. (1978b) kommen nach ihrem Überblick über verschiedene Pathogenesemodelle zur Psychosomatik zu dem Schluß, daß diese noch durch eine erhebliche Unsicherheit gekennzeichnet seien (S. 26). Sie verweisen dabei auf einen Mangel an Informationen über wesentliche "Verbindungsstücke" (S. 25). Und in ihrer Stellungnahme zur Frage der Diagnostikhilfe betonen die Autoren, daß über die Pluralität der Pathogenesekonzepte hinaus ein vielfach divergentes Verhältnis derselben zueinander, z.B. hinsichtlich des Krankheitsbegriffs, der Auffassung zum psychophysischen Problem, der wissenschaftstheoretischen Position und der bevorzugten Theorie, festzustellen ist. Gleichwohl sind die verschiedenen Modellvorstellungen noch nicht so weit ausgearbeitet, daß sie einer empirischen Überprüfung oder Bestätigung zugeführt werden könnten (S. 6,7).

Nun stimmen verschiedene Autoren in der Regel aber darin überein, daß die psychosomatische Diagnose zu einer positiven Aussage kommen soll (z.B. BRÄUTIGAM und CHRISTIAN 1975; v.UEXKÜLL 1979b). Sodann ist auch eine Vielzahl von diagnostischen Prozeduren vorzufinden, die vor allem von psychoanalytisch orientierten Autoren mitgeteilt werden (einen Überblick hierüber geben FAHRENBERG u.a. 1978b, S. 27-35, worauf wir hier verweisen). Hierbei wird allgemein die plausible Zuordnung eines emotional bedeutsamen Zustandes (z.B. infolge psychosozialer Belastungen, psychischer Konflikte, besonderer Lebensereignisse) zu Manifestationen körperlicher Symptome postuliert. Dieser Grundgedanke findet sich auch auf lerntheoretisch-verhaltenstherapeutischer Seite (z.B. BIRBAUMER 1977; KRAUSE u.a. 1977, S. 64; LACHMAN 1972), wenngleich hier - ebenso wie bei psychophysiologisch-stresstheoretischen und sozialwissenschaftlichen Ansätzen - die gegenwärtigen Verhaltens- und Interaktionsweisen in bestimmten sozialen Kontexten und Umgebungsbedingungen stärker betont werden.

Wenn aber die pluralistische psychosomatische Theoriebildung Unsicherheiten und teilweise Widersprüche enthält, dann ist es konsequent, daß sich auch in Nosologie bzw. Taxinomie, Diagnostik und Therapiezuweisung verschiedene "Schwachstellen" finden. Diese schließen selbstverständlich deskriptiv orientierte taxonomische Ansätze, etwa hinsichtlich Lokalisation und Reversibilität, nicht aus (vgl. FAHRENBERG u.a. 1978b, S. 26). So unterscheidet z.B. MENTZEL (1978), unter Rekurs auf psychoanalytisch gefasste, unterschiedliche psychodynamische Hintergründe psychovegetativer Störungen zwischen solchen mit eher seelischer und eher körperlicher Symptomatik (schizoide Kontaktstörungen, depressiver und zwangsneurotischer Verstimmungszustand, Angstreaktion u.a. einerseits und Kopfschmerzen, Herzkreislaufstörungen, Magen-Darmstörungen, Atemstörung, Wirbelsäulensymptomatik, Urogenitalsymptomatik, Mischsymptomatik, Allge-

meinstörung andererseits), die wiederum von Neurosen und psychosomatischen Krankheiten im engeren Sinne abgegrenzt werden. Entsprechend dieser Unterscheidungen schlägt der Autor eine Neuordnung des Diagnoseschlüssels und des Glossars psychiatrischer Krankheiten der WHO vor. Begründet wird dieser Vorschlag u.a. damit, daß Angstneurose und Neurasthenie (im Sinne der Beschreibungen FREUDs 1916) wegen ihrer vorrangigen Bedingheit durch aktuelle Konflikte eine Sonderstellung unter neurotischen Störungen einnehmen und daher den ähnlich bedingten psychovegetativen Störungen zuzuordnen sind (MENTZEL 1976, S. 263, 1978, S. 34).

Von Interesse sind, wenn nach klinischen Überlegungen zwischen überwiegend körperlicher oder überwiegend seelischer Symptomatik unterschieden wird, statistisch-deskriptive Versuche, anhand von physiologischen und psychologischen Variablen automatische Klassifikationen (hierarchische Gruppenanalysen) vorzunehmen und Stichproben auf Schwerpunkte ihrer psychovegetativen Störungen hin aufzufinden und somit Anhaltspunkte über die Art therapeutischer Konsequenzen zu gewinnen. Genau diese Strategie wurde z.B. von MYRTEK (1975) gewählt. Durch das Klassifikationsverfahren wurden zwei Stichproben von jeweils N=100 Studenten in jeweils vier Gruppen aufgespalten (sehr ähnliche Ergebnisse zeigten sich auch bei Herzkreislaufpatienten). Die Gruppen werden inhaltlich so charakterisiert: 1: "ausgesprochen sympathikoton, geringe körperliche Leistungsfähigkeit, wenig körperliche Beschwerden, sehr geringe emotionale Labilität , zyklothymes Temperament; 2: vagoton, gute körperliche Leistungsfähigkeit, durchschnittliche oder verringerte körperliche Beschwerden, geringere emotionale Labilität, schizothymes Temperament; 3: vagoton, gute körperliche Leistungsfähigkeit, durchschnittliche körperliche Beschwerden, ausgesprochene emotionale Labilität, keine bestimmte Temperamentsform, niedriger Blutdruck; 4: sympathikoton, geringe körperliche Leistungsfähigkeit, sehr viele körperliche Beschwerden, starke emotionale Labilität, schi-

zothymes Temperament" (MYRTEK 1975, S. 320, 321). Diese Einteilung würde nahelegen, z.B. Patienten der Gruppe 3 vorwiegend psychotherapeutisch zu behandeln, während eine einseitige somatische Behandlung deren Befindensstörungen eher verschlimmern würde.

Freilich bleibt dann immer noch das Problem, daß eine empirisch fundierte Diagnosefindung erst über ein prägnantes, definierbares und approximierbares Kriterium zu erreichen ist (vgl. FAHRENBERG u.a. 1978b, S. 8; WIGGINS 1973, Cpt. 10).

Wie sich eine ganze Anzahl von psychosomatischen Pathogenesevorstellungen feststellen läßt, so lassen sich - vor allem in der neueren Literatur - etliche psycho- und soziotherapeutische Behandlungsmethoden auffinden. Ähnlich wie wir schon im rehabilitiven Kontext gesehen haben, wird häufig postuliert, psychotherapeutische mit organischer Behandlung zu verbinden, was in erster Linie bei irreversiblen somatischen Veränderungen, aber auch bei vielen anderen Fällen angezeigt erscheint (vgl. z.B. LACHMAN 1972, S. 171-176; JORES 1976b, S. 393; SCHMIDT und BECKER 1977, S. 400; SPITZER und KLEIN 1976; WESIACK 1979). Hinsichtlich der Therapietechnik verweisen manche Autoren, z.B. STROTZKA (1978b, S. 521), auf mehr oder weniger "etablierte" Methoden. Andere geben modifizierte therapeutische Empfehlungen, die spezifisch auf psychosomatische Störungen zugeschnitten sind (vgl. z.B. KÖHLE u.a. 1977; STEPHANOS 1973, 1979b). Freilich bleibt die Suche nach erfahrungswissenschaftlich begründeten Indikations-Evaluations-Beziehungen bislang eher unbefriedigend. "Die mangelnde Vergleichbarkeit von Untersuchungen mit einzelnen Therapiemethoden, die oft fehlende Operationalisierung des therapeutischen Vorgehens und die geringen Fallzahlen machen es schwierig, Definitives über die optimale Therapie psychosomatischer Störungen auszusagen. Außerdem dürften je nach Ätiologie, Chronifizierung der Symptomatik und morphologischen Beeinträchtigungen unterschiedliche Therapiemethoden angezeigt sein"

(SCHMIDT und BECKER 1977, S. 400). So ist es nicht erstaunlich, wenn STROTZKA (1978b, S. 521) feststellt, daß im gegenwärtigen Stadium die "... Indikation fast ausschließlich von dem Können und der Einstellung des Therapeuten her bestimmt ..." wird. Gleichwohl nimmt er an, "... daß gerade die psychosomatischen Erkrankungen eine Möglichkeit einer Differentialindikation von der Persönlichkeit oder der Krankheit des Patienten her gestatten können". Nach Auffassung STROTZKAs könnte diese Frage in größeren Instituten untersucht werden, "... an denen die verschiedenen Techniken tatsächlich in einer gleichwertigen Repräsentation vertreten sind und an welchen die Indikation nach meßbaren Kriterien gestellt wird".

Einige gezieltere Überlegungen zur Indikation und Gestaltung psychotherapeutischer Verfahren, die zwar einerseits unter den oben genannten Einschränkungen zu sehen sind, andererseits aber bei weiteren Indikationsforschungen (vgl. GRAWE 1978a) berücksichtigt werden könnten, sollen hier noch aufgegriffen werden. Im psychoanalytisch bzw. tiefenpsychologisch orientierten Bereich gibt z.B. HEIGL (1976) Indikationshinweise. Hiernach erscheint eine Kurzpsychotherapie mit 5-40 Sitzungen bei psychoneurotischen und psychosomatischen Störungen angezeigt, wenn folgende Voraussetzungen beim Patienten gegeben sind: psychodynamisch fassbares Problem, entsprechende Lokalisierung der Neurose, Psychogeneseüberzeugung, Leidensgefühl, symptomauslösende Situation nicht länger als ein Jahr zurück, Modifizierbarkeit der Lebenssituation, gewisse Freizeitgestaltungsfähigkeit und Genußfähigkeit, Fokalisierbarkeit des Konflikts, keine Berufs- und Erwerbsunfähigkeit. Die häufig beschriebenen Mängel in der Introspektion psychosomatisch Erkrankter legen vielfach eine Gruppentherapie nahe, da diese in zwischenmenschlichen Austauschprozessen eher Zugang zu abgewehrten Erlebnisinhalten zu finden scheinen. Eine klinische Psychotherapie wird unter der Vor-

aussetzung empfohlen, daß mehrdimensionale therapeutische Bemühungen (wie bei den meisten Rehabilitationspatienten) notwendig sind und/oder psychosomatisch neurotische Störungen vorhanden sind, die neben konfliktaufdeckender Verfahren - auch wegen entsprechender Lerndefizite - übender, soziales Lernen unterstützender Verfahren bedürfen (S. 221 f.).

Speziell im Hinblick auf die Schwierigkeiten vieler psychosomatischer Patienten, Gefühle zu äußern, empfiehlt BASTIAANS (1977) u.a. folgende Interventionen:
1. Zugang zu spezifischen Über-Ich-Komponenten, die den Ausdruck von Emotionen und Wünschen verhindern, durch Gespräch mit dem Patienten über seine Ideale, insbesondere narzistischer Art, die mit Omnipotenzgefühlen verbunden sind. Über die Wahrnehmung der vom Patienten dem Therapeuten zugeschriebenen Rolle (Übertragung) können dem Patienten Emotionen vermehrt zugänglich gemacht werden, die vom Therapeuten auf Situationen besonderer Hilflosigkeit bezogen werden. 2. Ausdruck von Phantasien und Träumen, vor allem i.Z. mit der Beeinträchtigung des Körperschemas. 3. Akzeptierung von "alarm emotions", d.h. emotionalen Reaktionen, die als besonders schmerzlich und bedrohlich empfunden werden.

REINDELL und PETZOLD (1976) gehen in ihren "Formen und Kriterien für eine Behandlung auf einer klinisch-psychosomatischen Station" (S. 191) von folgender Einteilung psychosomatischer Störungen aus: Gruppe I: Körperliches Symptom als "somatischer Widerstand" eines neurotischen Prozesses; Gruppe II: Körperliches Phänomen als Paraphänomen, als körperliche Repräsentanz diffuser Angstzustände; Gruppe III: Körperliches Symptom als Ausdruck einer chronisch gestörten Beziehung zwischen Psyche und Soma einmal durch den stärker sich verselbständigenden Einfluß des somatischen Geschehens (funktionell-somatisch, reversibel-irreversibel) und zum anderen durch den zunehmenden Einfluß des sozialen Umfeldes (Sozialpathologie) und einer weit-

gehenden Zudeckung individueller Problematik (Individualpathologie) bestimmt. Die meisten der untersuchten N=66 Patienten wurden der Gruppe III zugeteilt (REINDELL u.a. 1977, S. 387, 388). REINDELL und PETZOLD (1976) ordnen die verschiedenen Gruppen unterschiedlichen therapeutischen Strategien zu: Bei der erstgenannten Gruppe wird Symptombeseitigung - äquivalent zur Bearbeitung und Beseitigung von Widerstandphänomenen bei Neurosen - angestrebt, um Desomatisierungsprozesse und Konfliktbearbeitung zu erleichtern. Die Interventionen an Patienten der zweitgenannten Gruppe bestehen u.a. in einer ichstärkenden Psychotherapie (vgl. hierzu z.B. FREYBERGER 1976), einer am Verhalten orientierten Lerntherapie sowie Gruppentherapie zum angstfreien Ausdruck von Gefühlen und einer sozialarbeiterischen Sozialtherapie. Der therapeutische Weg für Gruppe III geht häufig über die Beseitigung der sozialen Schwierigkeiten und eher stützende psychotherapeutische Angebote, wie etwa Autogenes Training, wobei für mehr funktionell gestörte Patienten eher eine analytisch orientierte Therapie angestrebt und auf eine ich-syntone anstatt ich-fremde Wahrnehmung von Körpersymptomen hingearbeitet wird.

Inzwischen liegt ein Erfahrungsbericht vor, nach dem die meisten Patienten an einer kombinierten Einzel-Gruppentherapie teilnahmen (REINDELL u.a. 1977, S. 394). In diesem Bericht werden, ausgehend vom Verständnis psychosomatischer Phänomene als "bio-psycho-soziales Simultangeschehen" und als "kommunizierende Störung" (die Störung eines Bereichs bewirkt Störungen der jeweiligen anderen Bereiche), das Konzept und die ersten Anwendungen einer "Simultandiagnostik" und "Simultantherapie" beschrieben. Die Autoren möchten damit über ein additives Aneinanderreihen von Einzelbefunden hinaus eine eigenständige Methode zur Integration verschiedener Bereiche entwickeln. Sie umfasst in diagnostischer Hinsicht neben somatisch-medizinischen

anamnestische, verhaltensmäßige, soziale und psychologische Daten und in therapeutischer Hinsicht die oben genannten Methoden. Dabei kommt der Einbeziehung von Familienangehörigen eine immer größere Bedeutung zu (REINDELL u.a. 1977, S. 394).

Wenngleich die Therapieformen, wie sie von REINDELL und PETZOLD (1976) dargestellt werden, im Kontext der psychoanalytischen Krankheitslehre und Therapie stehen, so enthalten sie eine Reihe von diagnostisch-therapeutischen Erweiterungen, die jenen Bezugssystemen nicht mehr oder nur mühsam zugeordnet werden können. Dies ist einer der Gründe, weshalb vermehrt Bestrebungen zu beobachten sind, das psychotherapeutische Geschehen mittels zusätzlicher, ggfs. alternativer, theoretischer Modelle, z.B. der Sozialpsychologie (z.B. BREHM 1976) und der Lernpsychologie (z.B. MARTIN 1972) zu konzeptualisieren. Im Hinblick auf die psychosomatische Psychotherapie ist dieses Phänomen aber noch kaum zu registrieren.

Das Phänomen des partiellen Verbleibens im theoretischen Bezugsrahmen der "Schule" bei dessen gleichzeitiger Erweiterung um weitere Modelle und Techniken wird auch bei anderen, primär psychoanalytisch orientierten Autoren deutlich, auf die wir jetzt eingehen.

Das Behandlungskonzept von STEPHANOS (1973, 1976, 1978, 1979) nimmt in modifizierter Form Entspannungsübungen auf. Über die Beachtung von somatischen, insbesondere organspezifischen Vorgängen und von Zusammenhängen zwischen diesen und den affektiven Erlebnissen soll der Patient zum analytischen Gespräch und zu "Internalisierungsprozessen" geführt werden. Grundlagen dieser Behandlung sind Ergebnisse der Pariser psychosomatischen Schule und die Thesen von STEPHANOS zur psychischen Reifung psychosomatischer Patienten. V.RAD und RÜPPEL (1975) beschreiben gruppen- und individualtherapeutische Ansätze, die u.a. kreative Aktivitäten, nonverbale Expressionen, konzentrative Bewegungstherapie und Körperwahrnehmung sowie eine spezielle

analytische Bearbeitung von Konflikten in einer integrativen Anordnung enthalten. Ähnlich wie REINDELL und PETZOLD (1976) gehen die Autoren von psychoneurotisch-psychosomatisch unterschiedlich klassifizierbaren Patienten aus, die verschieden akzentuierte therapeutische Angebote erhalten. Die Einteilung richtet sich hier nach 1. psychosomatischen Krankheiten mit organischen Schädigungen, 2. funktionellen Beeinträchtigungen und 3. neurotischen Störungen. Therapeutische Verfahren sind zu 1. medizinische Versorgung mit zunehmender Förderung der Interaktion unter den Patienten; zu 2. analytische Ich-Therapie und kreative Aktivität mit anfänglicher Anregung zur nonverbalen Expression und zunehmender verbaler Bearbeitung, konzentrative Bewegungstherapie mit Körper- und Gefühlswahrnehmung im Zusammenhang mit Personen und Dingen; zu 3. spezielle analytische Bearbeitung von Konflikten. Die Behandlung erstreckt sich nicht nur auf den "inpatient"- sondern auch auf den "outpatient"-Status, der in der Zeit nach der Klinikentlassung besteht (und besondere Rezidivierungsgefahren mit sich bringt).

Das Konzept der in der Heidelberger Psychosomatischen Universitätsklinik entwickelten "Stationären Psychotherapie", neuerdings von BECKER und LÜDEKE (1978) unter Rekurs auf achtjährige Erfahrung mit 331 neurotischen und psychosomatischen Patienten beschrieben, sieht Möglichkeiten vor, mit Hilfe von konzentrativ-bewegungstherapeutischen und gestaltungstherapeutischen Übungen (vgl. hierzu auch v.RAD und RÜPPEL 1975; BRÄUTIGAM 1978) gerade den wenig verbalisierungsfähigen und häufig aus der Unterschicht kommenden, symptomfixierten und zum Agieren neigenden Patienten einen "therapeutischen Raum" zu bieten, "... der ihnen eine Chance zur Selbstinszenierung mit den ihnen verfügbaren Mitteln bietet" (BECKER und LÜDEKE 1978,S.1). Anhand des bildnerischen und gestalterischen Ausdrucks und des Interaktionsverhaltens mit anderen Patienten und mit Mitgliedern des therapeutischen Teams wird dem Behandelten allmählich zum Zugang zu seinen Konflikten und neurotischen

Einstellungen verholfen. Solche Maßnahmen bereiten zugleich die eigentliche psychoanalytische Therapie vor, für die die Patienten ja vielfach zunächst nicht geeignet erscheinen. (Siehe auch sehr ähnliche Beschreibung bei BRÄUTIGAM 1978).Die von BECKER und LÜDEKE (1978) sowie BRÄUTIGAM (1978) beschriebene Methode, nach der die Ansatzpunkte für die psychosomatisch-psychotherapeutische Arbeit nicht a priori im exklusiven Psychotherapiesetting gesucht werden, sondern zunächst gerade im zwischenmenschlichen Verhalten der Patienten selbst gesehen werden, bildet ein wichtiges Prinzip des diagnostisch-therapeutischen Vorgehens auch an der psychosomatischen Modellstation der Universitätsklinik Ulm (KÖHLE u.a. 1977; auch GAUS u.a. 1978).

PREUSS (1976) beschreibt ein Modell der Gruppenpsychotherapie für psychosomatisch Kranke. Er geht ähnlich wie HEIGL (1976) davon aus, daß therapeutische Eigenschaften der Gruppe für diese Patienten von spezifischer Qualität sind. Diese bestehen in 1. der Auflösung der Kommunikationsschranke, 2. dem Wandel der affektlosen Symptomsprache zu einer emotionalen Sprache, die allen verständlich ist, 3. dem Abbau regressiver Abhängigkeitshaltungen und in einer progressiven Ich-Entwicklung (S. 453). Auch PREUSS stellt verschiedene Verbindungen mit anderen Therapieformen dar, so mit Einzeltherapie, unterstützenden und übenden Verfahren (AT, Aktivhypnose, Bewegungs-, Arbeits- und Gestaltungstherapie) sowie klinischer Behandlung mit einem integrativen Gesamtkomzept für eine stationäre Psychotherapie. Entsprechende integrative Modelle haben z.B. WITTICH (1967) sowie BRÄUTIGAM (1974) entwickelt.

Eine der wenigen empirischen Studien über psychosomatisch-psychoanalytische Therapie stammt z.B. von CERMAK u.a. (1974). Sie berichten über die "Objektivierung des Therapieerfolgs nach stationärer Behandlung auf der psychosomatischen Abteilung der Wiener Psychiatrischen Universitäts-

klinik". Der Therapieplan umfasste 8-12 Wochen. Zum Teil wurden Familienangehörige einbezogen. Der Plan enthielt für jeden Patienten zweimal analytische Einzeltherapie sowie Gruppentherapie pro Woche, ebenso oft Musiktherapie. Darüber hinaus fanden Unterweisungen in AT, heilgymnastische Übungen, psychopharmakologische Behandlungsmaßnahmen und Gruppenarbeit statt (S. 165, 166). Untersucht wurden N=37 Patienten (19 Frauen mit Ø 29,4 J. und 18 Männer mit Ø 33,0 J.), von denen 22 vegetative und 15 läsionelle Störungen aufwiesen, vor und drei Monate nach der Behandlung anhand einer psychodiagnostischen Testbatterie (FPI und Leistungstests). Sowohl im leistungsdiagnostischen Bereich sowie im persönlichkeitspsychologischen Bereich ergaben sich signifikante positive Veränderungen (z.B. im FPI in den Dimensionen Nervosität, Gelassenheit, Gehemmtheit, Extraversion und emotionale Labilität).

Die Ausführungen zu den psychoanalytisch-psychodynamisch orientierten Konzepten zur Behandlung psychosomatischer Störungen und Krankheiten lassen bereits deutlich werden, daß übenden und stützenden Methoden in Form von Entspannungsverfahren eine besondere Bedeutung beigemessen wird (vgl. LOHMANN 1979). Diesen wichtigen Platz nehmen sie auch in anderen theoretischen und therapeutischen Kontexten ein, wie wir etwa bei der Besprechung verhaltenstherapeutischer Ansätze sehen werden. Dabei stimmen viele Autoren darin überein, daß das Autogene Training eine besonders geeignete Methode darstellt, die primär oder in Kombination mit anderen psychotherapeutischen oder/und pharmakologischen Behandlungsformen angewandt wird (VAITL 1978, S. 2116). Auch LANGEN (1978, S. 2156) stellt fest, daß im Mittelpunkt des Indikationsbereichs "... alle Störungen, Krankheiten, die mit einer vegetativen Dysregulation zusammenhängen", stehen. "Dazu kommen alle länger anhaltenden funktionellen Motilitätsstörungen in unterschiedlichen körperlichen Bereichen ... psychosomatische Krankheiten und schließlich auch die meisten seelischen Krankheiten als begleitende Therapie".

LUTHE und BLUMBERGER (1977) stellen verschiedene Modalitäten des AT bei der Behandlung psychosomatischer Störungen dar: AT allein mit Standardübungen sowie Modifikationen und Erweiterungen in Form von autogener Meditation, Neutralisation mit Abreaktion und Verbalisation, graduierter Aktivhypnose und Biofeedbacktraining. Die Autoren referieren sodann Studien über entsprechende Anwendungen. Speziell psychosomatische Anwendungen finden sich bei Störungen kardiovaskulärer Art (z.B. Unter- und Überdruck; problematisierend dazu VAITL 1978, S. 2117), respiratorischer (z.B. Bronchialasthma), gastrointestinaler, genitaler, skelettmuskulärer (z.B. rheumatoide Arthritis), endokriner, metabolischer (z.B. thyroide Störungen) und neurotischer Art. Einen ähnlichen Überblick über die klinische Anwendung bei der Behandlung psychophysiologischer Dysfunktionen gibt VAITL (1978, S. 2116-2120).

Empirische Untersuchungen über den Einsatz von AT in Verbindung mit psychoanalytisch orientierter Therapie finden sich z.B. bei FEIEREIS (1976). Positive Behandlungsergebnisse ließen sich bei Patienten mit Collitis ulcerosa (N=70), Asthma bronchiale (N=233) und vegetativ-endokrinem Symdrom (N=206), zum Teil auch in mehrjährigen Katamnesen, feststellen. Statistisch gesicherte Unterschiede ergaben sich zwischen Patientinnen mit und ohne Entspannungsbehandlung in der Besserung von Stenokardie und habituellen Kopfschmerzen.

Ähnliche Indikationen wie im Falle des AT ergeben sich - wenn auch nicht so weit in den psychohygienischen Bereich hineinreichend - für die gestufte Aktivhypnose (nach KRETSCHMER), wie LANGEN (1978, S. 2159) ausführt. Positive Ergebnisse scheinen auch durch Transzendentale Meditation möglich zu sein, wie sich z.B. aus entsprechenden Studien von HONSBERGER und WILSON (1973) an asthmatischen Patienten entnehmen läßt. VAITL (1978, S. 2124) kommt zu dem Schluß, daß die Transzendentale Meditation trotz ihrer noch nicht hinreichend geklärten Effizienz bei der Behandlung

psychosomatischer Störungen ein Verfahren darstellt, das prinzipiell geeignet ist, Entspannungsreaktionen herbeizuführen. Er erwartet eine Stabilisierung der Effekte, wenn die Entspannung als Alternativreaktion in kritischen Alltagssituationen eingesetzt wird. Die gleiche Beurteilung wird bei VAITL der - bisher vor allem in der Angstbehandlung eingesetzten - Progressiven Muskelentspannung (nach JACOBSON) zuteil.
Gerade wenn den Entspannungsverfahren die Funktion einer Alternativreaktion in belastenden Situationen zugeschrieben wird, stellt sich die Frage, wie "alltagsnah" dies durch die therapeutische Praxis wirklich ermöglicht wird. BIRBAUMER (1978, S. 2092-2094) hat zehn damit zusammenhängende Kritikpunkte formuliert, die bei künftigen Studien zu berücksichtigen wären, so z.B. das Problem der (mangelnden) Generalisation auf die reale Stressituation, der (mangelnden) Übung bewußter, rechtzeitiger Selbstwahrnehmung, der (unzureichenden) Modifikation von Fehlattributionen der Erregungsänderungen u.a..

Entsprechend der kommunikationstheoretisch orientierten Überzeugung von disponierenden Faktoren für psychosomatische Störungen, die in Konstellation und Dynamik der Familie liegen, muß sich die Therapie, wie z.B. MINUCHIN postuliert, auf den symptomauslösenden und symptomaufrechterhaltenden familiären Prozess beziehen. Entsprechend der Überzeugung, daß mit der Änderung interaktionaler Bedingungen Änderungen des psychischen Befindens der Individuen einhergehen (MINUCHIN 1974, S. 14), sind Ansatzpunkte für die Behandlung vor allem "transaktionale" Charakteristiken, wie Mangel an Konfliktlösung und Rigidität im Verhältnis von Familienmitgliedern untereinander. Auch die therapeutischen Interventionstechniken, wie sie ausführlich bei MINUCHIN (1974) beschrieben werden, sind in erster Linie "struktureller" Art: bei übermäßig starren Grenzen zwischen Familienmitgliedern bzw. Generationen wird auf Annäherung hin gearbeitet, bei diffusen auf

klare Grenzen, bei ineffektiv bearbeiteten, z.B. über schwächere Mitglieder umgeleiteten, Konflikten werden direkte Austauschprozesse angeregt; Symptome, im vorliegenden Zusammenhang vor allem psychosomatischer Art, erhalten entweder übermäßige Beachtung, z.B. im Sinne von Symptomverschreibungen, so daß Sättigungseffekte wahrscheinlich werden, oder sie erfahren Ignorierung, um adäquatere Interaktionen zu verstärken. In ihrem Artikel berichten MINUCHIN u.a. (1977) von erheblichen Erfolgen, auch in mehrmonatigen Katamnesen, aufgrund der familientherapeutischen Behandlung von diabet ischen, anorexischen, asthmatischen Kindern, wobei allerdings nur kleine Fallzahlen pro Diagnose (N= 13-15) vorliegen. Andere primär an der Interaktion zwischen den psychosomatisch Kranken und seinen Sozialpartnern ansetzende Behandlungsvorschläge finden sich im Kontext der Transaktionsanalyse und sind z.B. bei KERTESZ (1973) dargestellt.

Zunehmend werden in den letzten Jahren verhaltenstherapeutische Ansätze bei psychosomatischen Störungen angewandt (vgl. z.B. PRICE 1974). Einen breiten "multimodalen Ansatz" hat LAZARUS (1976) entwickelt, der die Modalitäten "behavior, affect, sensation, imagery, cognition, interpersonal, drugs" (S. 31) umfasst (und entsprechend der Anfangsbuchstaben auch als BASIC ID bezeichnet wird) und die Therapie psychosomatischer Störungen einschließt (S. 180), wenngleich vorerst in einer mehr programmatischen als erfahrungswissenschaftlich fundierten Weise. Inzwischen hat der "BASIC ID" die Entwicklung von psychotherapeutisch-verhaltenstherapeutischen Programmen zur Behandlung psychosomatischer Störungen mitangeregt (z.B. PIEPER und GRAWE 1977). Die beiden eben genannten Autoren geben einen Zwischenbericht über zwei gruppentherapeutische Ansätze. Das Konzept nach PIEPER (PIEPER und GRAWE 1977, S. 160) umfasst folgende Therapiemaßnahmen: Entspannungsübungen, gruppendynamische Übungen, Kommunikationsübungen, Rollenspiel, Verhaltensanalyse und Verhaltensmodifikation. Es ist für 18-20 Sitzungen geplant, und zwar mit 1 bis 2 Sitzungen pro Woche. Das Konzept von

GRAWE (PIEPER und GRAWE 1977, S. 160-163) betont die zugrundeliegende Annahme, daß psychosomatische Krankheiten häufig mit Verhaltensdefiziten im sozial-kommunikativen Bereich zusammenhängen. Es zielt daher besonders auf den Aufbau von Kommunikationsverhalten ab. Dementsprechend werden in dieses Programm nicht nur die "identifizierten Patienten" (wie bei PIEPER) sondern auch deren Lebenspartner einbezogen. Trainingsziele beider Programmvarianten sind u.a. Äußerung von Gefühlen, Wünschen, nicht-destruktive Äußerung von Aggression, Rückmeldung geben, Zuhören, Metakommunikation. Die Sitzungen werden mit Gruppen von jeweils 4 Personen durchgeführt, denen sich Hausaufgaben anschließen. Die Therapie dauert insgesamt etwa 12 Wochen. Der Versuchsplan sieht Experimentalgruppen und Kontrollgruppen vor. Eine Einjahreskatamnese ist geplant. Die dargestellte Stichprobe umfasst 53 Patienten (sowie deren Partner bei GRAWE), 33 Frauen und 20 Männer, mit einer mittleren Symptomdauer von 4 - 4,8 Jahren. Beschwerden bestehen vor allem in Herzkreislaufbeschwerden (vorwiegend bei Männern), Kopfschmerzen und Ängsten (vorwiegend bei Frauen), ferner Magenbeschwerden u.a.. Erfolgsmessungen (mit FPI, GT, FBL, Arzt-Rating, Fragebogen zu Partner- und Sexualverhalten) und Verlaufsmessungen (Gruppeninteraktion, therapeutische Veränderungen, Lebensereignisse) sind vorgesehen (siehe auch GRAWE 1978b, S. 2711).

Während PIEPER und GRAWE (1977) noch keine Ergebnisse mitteilen, werden erste Resultate aus einem ebenfalls verhaltenstherapeutisch orientierten Gruppenprogramm zur Behandlung psychosomatischer Störungen von KRAUSE u.a. (1977) dargestellt. Diese Gruppentherapie ist ebenfalls multidimensional angesetzt, betont den Trainingsaspekt (Modell- und Verstärkungslernen), die Einbeziehung von Generalisierungsprogrammen, die Vergleichsprozesse zwischen den Gruppenmitgliedern und das anzustrebende aktive Problemlöseverhalten. Die Behandlung findet in Gruppen von etwa 6 Klienten über 15 Sitzungen hinweg statt, Einzelsitzungen und Ple-

numssitzungen größerer Gruppen kommen hinzu. Die Interventionen sehen ebenfalls Kommunikationsübungen, jedoch auch individuelle verhaltensmodifikatorische Therapieschritte vor. Selektionskriterien sind Fehlen organisch bedingter Krankheiten sowie psychotischer Reaktionen IQ von ≥ 90, Lebensalter zwischen 20 und 50 J., unterschiedliche Symptomatik und verschiedene Sozialschichten. Die Erfolgsmessungen beziehen sich auf vegetative, emotionale und Persönlichkeitsvariablen (Beschwerdelisten, FSS von WOLPE und LANG, FPI von FAHRENBERG u.a.), ferner auf Selbstkommunikation (Fragebogen QUITTMANN, TAUSCH und TAUSCH), Einstellung zur Krankheit (Risikofragebogen FELDMAN), momentane äußere Lebenssituation und Gruppenprozesse (entsprechende Fragebogen). Die Autoren berichten erste Therapieerfahrungen mit zwei Gruppen von jeweils 6 Klienten (Gruppe 1: Symptome wie Herzrasen, Kopfschmerz, Stressreaktionen bei Eheproblemen; Gruppe 2: Symptome wie Kreislaufschwächen, Selbstbehauptungsmangel, Herzrasen, Schwindel, Opstipation, Gelenk- und Muskelschmerzen). Günstige Messwertveränderungen zeigten sich nicht in gleichem Ausmaß bei beiden Gruppen und nicht in allen Verfahren. Positive Effekte traten u.a. in FSS, Selbstsicherheitsvariablen, Lebenssituationsfragebogen, körperlichen Beschwerden, weniger hingegen in FPI und FRT-Risikofragebogen auf.

Verhaltenstherapeutisch orientierte Behandlungsmethoden lassen manche Fragen offen. In den Arbeiten von PIEPER und GRAWE (1977) und KRAUSE u.a. (1977) z.B. sind durchweg kleine Fallzahlen vorhanden, die noch kaum Verallgemeinerungen erlauben; auch fehlen längerfristige Angaben sowie Anhaltspunkte über die mehr oder weniger wirksam werdenden Therapietechnik-, Therapeuten- und Patientenvariablen und deren Wechselbeziehungen. Bemerkenswert erscheint hierzu, daß manche psychosomatische Störungen durch eine Kombination symptomzentrierter (z.B. entspannungstherapeutischer) und auf eine effektivere Bewältigung von Interaktions- und Umgebungssituationen abzielender Interven-

tionen erfolgreich angegangen werden können. Eine solche Behandlungskombination führte z.B. in der Therapie von Migräne zu deutlicheren Besserungen (mit einem Rückgang der Migräneattacken um etwa 2/3) als bei einer unbehandelten Kontrollgruppe mit keinen auffallenden Änderungen. (MITCHELL 1969, MITCHELL und MITCHELL 1971). Dabei handelt es sich um eine erste von vier kontrollierten Studien dieser Autoren, wobei die weiteren drei (die im Gegensatz zur ersten auch follow up's enthielten) die Resultate der ersten bestätigten. In der dritten dieser vier Studien, in der Entspannungsübungen auch alleine aufgenommen waren, erwiesen sich diese als weniger effizient als die genannte Kombinationstherapie (siehe auch SARGENT u.a. 1973).

Eher indirekte Hinweise zur Wirksamkeit verhaltenstherapeutischer Gruppenbehandlungsmethoden lassen sich einer Studie von WEDEL und GRAWE (1977) entnehmen. N = 82 als gehemmte Neurotiker bezeichnete Patienten, aufgeteilt in 16 Gruppen zu je 5-7 Personen, nahmen an einer Therapie auf der Basis des Assertive-Training-Programm (ATP; ULLRICH und ULLRICH 1974, 1976) mit insgesamt 40 Behandlungssitzungen über 8 Wochen teil. In der breit angelegten Messung der Therapieeffekte traten im Vergleich zu einer unbehandelten KG (N=25 Patienten) etliche Verbesserungen ein, so auch eine erhebliche Verringerung psychosomatischer Beschwerden und Depressionen.

Im weiteren Zusammenhang des Themas der "Verhaltenstherapie bei psychosomatischen Krankheiten" sollte noch auf die Arbeiten von GROSSARTH-MATICEK (z.B. 1979) hingewiesen werden. Er hat nicht nur ein Modell entwickelt, das psychosoziale Faktoren für die Entstehung und den Verlauf von Krebsarten zu identifizieren sucht - freilich noch weiterer prospektiver Fundierungen bedarf - er hat auch eine präventive Therapie und eine kognitive Verhaltenstherapie konzipiert. Diese Therapie setzt an psychosozialen Verhaltensweisen an, denen eine pathogenetisch relevante

Bedeutung zugeschrieben wird, so an chronischen Risikoverhaltensweisen (z.B. chronischer Hoffnungslosigkeit), einem kognitiven Kardinalkonflikt (z.B. stereotype Verhaltensweise mit negativen Folgen, die auf kognitiven Fehleinschätzungen beruht) sowie an neuen, die Selbstinterpretation stützenden Verhaltensweisen. (1979, S. 232) Nach ersten Erfahrungen im Rahmen experimentell orientierter Forschungen - freilich noch an sehr kleinen Fallzahlen gewonnen - scheinen jene Risikoverhaltensfaktoren mit kognitiver VT günstig zu beeinflussen zu sein.

Insgesamt wirken die Ergebnisse aus den verhaltenstherapeutischen Ansätzen ermutigend (vgl. PRICE 1974, S. 154).

Eng mit der Verhaltenstherapie verbunden sind die Versuche, die Entwicklungen auf dem Gebiet der Biofeedbackforschung für die psychosomatische Therapie nutzbar zu machen (vgl. verschiedene Berichte bei BIRBAUMER 1978; KIMMEL 1974; LEGEWIE und NUSSELT 1975). Einstweilen kann die klinisch-therapeutische Relevanz und Effizienz von Biofeedbacktechniken, ähnlich wie im spezifischeren rehabilitiven Kontext, noch nicht hinreichend eingeschätzt werden. "Die Ergebnisse ... sind meist nicht auf Patienten bezogen, enthalten meist keine katamnestische Angaben und häufig methodische Unklarheiten, vor allem über Auswirkungen von Instruktionen, Suggestionen und Placeboeffekten" (SCHMIDT und BECKER 1977, S. 400; siehe auch MORRIS 1976; PELLETIER 1975; SARGENT 1977; ZAMAN 1974). BIRBAUMER (1978, S. 2085) hingegen geht davon aus, daß gegenwärtig bereits "... ein relativ klares Bild über die klinische Brauchbarkeit des Feedbacktrainings..." vorliegt. Die gesicherte Effektivität dieser Methode wird von ihm als gering eingeschätzt, wobei sich ein reliabler, zeitstabiler Erfolg bisher nur bei Störungen neuromuskulärer Art (wie Hemiplägie, Poliomelitis und anderen Störungen der quergestreiften Muskulatur) und bei Spannungskopf-

schmerz feststellen ließ.

Sowohl die oben im Anschluß an Autoren wie etwa STEPHANOS und BRÄUTIGAM dargestellten Überlegungen zur"Übersetzung" körperlich-vegetativer Prozesse in psychologische Prozesse als auch die im Zusammenhang mit dem Biofeedback sichtbar gewordenen diskriminativen Wahrnehmungen im Hinblick auf bestimmte körperliche Reaktionen lassen sich mit einem Thema in der aktuellen Psychotherapieforschung verbinden: Gemeint sind die im Zuge einer erweiterten kognitions- und sozialpsychologischen Konzeptualisierung des psychotherapeutischen Geschehens (vgl. z.B. BREHM 1976; FIETKAU 1977; GOLDSTEIN und SIMONSON 1971; MAHONEY 1977; TUNNER 1978) vorfindlichen Konzepte, die subjektiven Attribuierungsprozesse (vgl. LIEBHART 1978) sowohl zur Erklärung als auch zur Gestaltung der Therapie zu berücksichtigen. Im Hinblick auf die Beeinflussung psychosomatischer Beschwerden werden u.a. bei LIEBHART (1978) klinisch relevante Experimente (dies auch bei BREHM 1976) und Versuche im therapeutischen Kontext berichtet. Daß einer von mehreren wirksamen Faktoren bei therapeutischen Anwendungen im Sinne von Re- oder auch Fehlattributionen in der subjektiv wahrgenommenen Kontrolle besteht, wird durch die entsprechenden Studien nahegelegt. Z.B. zeigte sich in einer Studie an herzneurotischen Patienten (N=46) von LIEBHART (1976), daß Verbesserungen in den Beschwerden eher eintraten, wenn die Versuchspersonen glaubten, Kontrolle über die Veränderungen zu haben, als wenn sie Veränderungen auf unkontrollierte Faktoren zurückführten. Auch in einer neueren Therapie-Analog-Studie von SACHSE (1979), in der die Bedeutung von Entspannung, Wahrnehmung, leichter Angsterregung und aktiver Kognition für die Selbstkontrolle physiologischer Angsterregungen (muskuläre Anspannung Frontalismuskel als Kriterium) untersucht wurde, zeigte sich eine effektive Selbststeuerung in Abhängigkeit von aktiver Kognition (Erwartung der Kontrolle über Angstreaktionen); allerdings in Verbindung mit dem Training von

Entspannung und Wahrnehmung leichter Anspannungsscues. Ähnlich zeigte sich auch in einer Studie an Patienten (N=56, u.a. mit psychosomatischen Beschwerden), die von TUNNER u.a. (1978) berichtet wird, nur aufgrund der Kombination von interpretativen Bearbeitungen der Lebensgeschichte und Übungen zur Bewältigung der verschiedenen Störungen, Effekte, und zwar u.a. in subjektiver Erfolgszufriedenheit (zu den Grenzen dieser therapeutischen Ansätze siehe vor allem MAHONEY 1977, S. 277 ff.; TUNNER 1978).

Im Zusammenhang mit verhaltenstherapeutisch orientierten Behandlungsvorstellungen soll noch auf einen - vorerst programmatisch dargestellten - Versuch zur Stressreduktion und -resistenz durch Training sozialer Kompetenz von SEMMER und PFÄFFLIN (1978a, 1978b) hingewiesen werden. Die Autoren beziehen sich auf handlungstheoretische Grundlagen (MILLER u.a. 1973; HACKER 1973), auf deren Basis VOLPERT (1974) die Kriterien effizienten Verhaltens als "realistisch" (realistische Pläne ermöglichen die Zielerreichung, fehlentwickelte Pläne sind eher illusionär und unterentwickelte Pläne sind nicht an Handlungen gebunden), "stabil-flexibel" (Festhalten am Ziel bei gleichzeitigem flexiblen Austauschen von Unterprogrammen; Fehlentwicklung bedeutet mangelnde Feedbackverarbeitung und Unterentwicklung Störbarkeit des Handlungseinflusses) und "organisiert" (sinnvolles Delegationsverhältnis zwischen den Regulationsebenen mit möglichster Delegation nach unten, so daß höhere Ebenen für antizipatorische Aufgaben frei sind; Fehlentwicklung bedeutet mangelnde Abwägung von Alternativen und Unterentwicklung unökonomisches Delegationsprinzip) definierte. Dementsprechend muß nach SEMMER und PFÄFFLIN (1978a, S. 201, 202) ein Training ansetzen an realitätsnahen Problemen, realistische Lösungsmöglichkeiten aufzeigen, selbständiges Erarbeiten, Stabilität, Flexibilität und Organisiertheit des Verhaltens fördern, indem die Delegation all dessen möglich ist, was delegierbar ist.

Im Bereich der klientzentrierten Psychotherapie bzw. der Gesprächspsychotherapie (GT) wurde der Behandlung psychosomatischer Störungen bisher wenig Beachtung zuteil, wenngleich z.B. ROGERS (1973, S. 213) über positive Therapieerfahrungen, insbesondere bei Patienten mit Allergien, berichtet. Darüber hinaus aber gelten psychosomatische Störungen für eine klientzentrierte Psychotherapie eher als wenig oder nicht "geeignet" (vgl. z.B. MELTZOFF und KORNREICH 1970). Wenn auch mit der nötigen Zurückhaltung betrachtet, die durch einen Mangel an Forschungsarbeiten zu symptomgleichen Klientengruppen und darauf bezogenen differentiellen Behandlungen sowie durch divergente Vorstellungen über Erfolgskriterien nahegelegt ist (vgl. BOMMERT 1977, S. 138), so erscheinen die in der Literatur mitgeteilten Indikationsbereiche der GT eher "psychologischer" Natur. TAUSCH und v. THUN (1975, S. 384) z.B. heben als Klientencharakteristiken mangelnde Selbstachtung, größere emotionale Unruhe und Gespanntheit, größeres Ausmaß an Psychoneurotizismus u.a. sowie eher günstige Erfahrungen aufgrund der ersten Therapiesitzungen hervor (vgl. hierzu auch ECKERT 1977; TAUSCH und TAUSCH 1979, S. 14). BOMMERT (1977, S. 139) unterscheidet aufgrund eines Literaturüberblicks zur Indikationsfrage zwischen "Symptomgruppen" (ähnliche wie bei TAUSCH und v.THUN, außerdem Depressionen, Phobien, dissoziales Verhalten) und "Personengruppen" (Kinder, Jugendliche, Erwachsene, ältere Erwachsene) sowie verschiedenen weiteren Anwendungsbereichen.

Besteht also eine Unvereinbarkeit zwischen psychosomatischen Störungen und Gesprächspsychotherapie? Die folgenden Gesichtspunkte sollen zur Klärung dieses Problems beitragen: Den pessimistischen Einschätzungen liegt offenbar eher ein psychosomatischer Störungsbegriff im engeren Sinne zugrunde. So bleibt unklar, inwieweit die negativen Indikationsannahmen auch auf allgemeinere psychosomatisch-psychovegetative Störungen zutreffen. Tatsächlich sind verschiedene Umstände vorhanden, die bei sol-

chen Störungen eine GT nicht ausschließen und sie sogar indiziert erscheinen lassen: Aus den häufigen Beziehungen zwischen Persönlichkeitsmerkmalen, u.a. "neurotischer" Art, und körperlich - funktionellen Beschwerden (vgl. FAHRENBERG 1969) ergibt sich die Frage, inwieweit die letzteren bei klientzentrierten Forschungsvorhaben als Klientenvariablen berücksichtigt wurden bzw. in welcher Weise GT auf sie "Einfluß" nimmt. Weitere Umstände, die klientzentrierte Behandlungsmethoden nahezulegen scheinen, sind durch die relativ leichte Ansprechbarkeit vegetativ gestörter Personen auf gesprächstherapeutische und patienzentrierte Techniken im weitesten Sinne (vgl. z.B. DOUBRAWA 1976b, S. 180; LUBAN-PLOZZA und PÖLDINGER 1977, S. 104; MENTZEL 1976, S. 264; WESIACK 1976), durch ihre häufige subjektive psychosoziale Belastetheit und ihre im Zusammenhang mit einem "hochgespannten Ich-Ideal" (MENTZEL 1976, S. 262) stehenden, eher "internal motivierten" Konflikte (vgl. MARTIN 1972, S. 66) gegeben. Andere Charakteristiken wiederum relativieren die Indikation der Gesprächspsychotherapie, so etwa eine erhebliche Chronizitätsneigung (vgl. z.B. CREMERIUS 1968, 1972, 1978), eine charakteristische Verzagtheit und Hilflosigkeit (z.B. DELIUS 1975a, S. 93) und eine geschwächte Ich-Funktion mit mangelnder Ausdauer und Durchhaltefähigkeit (z.B. WESIACK 1971, S. 263) bei Patienten mit funktionellen und vegetativen Störungen.

Die seit einigen Jahren im Bereich der klientzentrierten Psychotherapie zu beobachtende Differenzierung und Erweiterung therapeutischer Methoden und theoretischer Modelle (vgl. z.B. BASTINE 1976; JANKOWSKI 1976) berücksichtigt zögernd auch psychosomatische Störungen und Krankheiten. Z.B. berichten JACOBI u.a. (1975) von Versuchen, in der Behandlung psychosomatisch kranker Patienten der herkömmlichen klientzentrierten Methode Übungen zur Emotionswahrnehmung vorzuschalten. Hierbei werden die Patienten z.B. dazu angeregt, ihre Wahrnehmungen von TAT-Bildern zu schildern.

Für die oben genannten Überlegungen, daß psychosomatische Beschwerden durchaus in den Indikationsbereich der GT fallen können, sprechen neuere einschlägige Befunde aus der gesprächspsychotherapeutischen Forschung. Sie machen deutlich, daß klientzentrierte Behandlungsmethoden in vielen Fällen auch körperliche Auswirkungen, etwa Entspannungs- und Wärmegefühle, körperliches Ruhegefühl, Müdigkeit, guten Schlaf, verbesserte Durchblutung und Kraftgefühle haben (TAUSCH 1978). Ebenso wird erkennbar, daß dieses Phänomen körperlicher bzw. psychosomatischer Wirkungen einer originär psychologischen Therapie - das von einer hinreichenden Erklärung freilich noch entfernt ist - erst in jüngster Zeit expliziter von Autoren der GT gesehen und in der Forschung systematischer angegangen wird. "Uns wurde klar, daß sich viele Klienten ... auch in körperlichen Funktionen verbesserten, was wir aber bisher nicht so deutlich zur Kenntnis genommen haben" (TAUSCH und TAUSCH 1979, S. 253). Auch in neueren Untersuchungen finden sich entsprechende Ergebnisse. Z.B. waren in einer Nachuntersuchung an Klienten mit individueller GT bei 42 % derjenigen, die zu Therapiebeginn körperliche Beschwerden angegeben hatten, Verbesserungen, u.a. hinsichtlich ihrer Magenbeschwerden, Herzbeschwerden, Kreislaufstörungen, Kopfschmerzen und Schlafstörungen eingetreten (BOECK-SINGELMANN 1978).

Im engen Zusammenhang mit der GT zeigt sich nun zunehmend ein Trend der Psychotherapie, daß solche Konzepte und Methoden an Bedeutung gewinnen, die das aktuelle Selbsterleben und dessen Aktivierung beim Patienten betonen. Die klientzentrierte Therapie ist selbst insoweit ein wichtiger Exponent dieser Richtung, als sie solche erlebnisorientierten Methoden in ihr Konzept einbezieht (vgl. z.B. GENDLIN 1969, 1974, 1978). Weitere Exponenten sind die Vegetotherapie nach REICH (1969, 1976), die neoreichianischen Körpertherapien, darunter etwa die bioenergetischen

Methoden (KELEMAN 1971; KELLY 1970; LOWEN 1971, 1976) und die Gestalttherapie (PERLS 1954, 1974, 1976). Auch die - schon in anderen Kontexten erwähnte - Integrative Bewegungstherapie ist hier zu nennen. PETZOLD (1974) hat dafür ein Modell entwickelt, das wiederum Teil der auf der Gestalttherapie aufbauenden Integrativen Therapie ist. Er setzt drei Schwerpunkte: die funktionale Therapie, deren Ziel die funktional richtige Atmung, Haltung und Bewegung ist, die konfliktorientierte Therapie, die sich mit den muskulären Verspannungen und spezifischen Körperhaltungen beschäftigt und schließlich die Selbstverwirklichung als Gestaltung des Leibes. Die Integrative Bewegungstherapie verwendet zahlreiche körperbezogene therapeutische Mittel, die z.B. aus den Bereichen der Bioenergetik (LOWEN 1976), der Eutonie (ALEXANDER 1964) und dem Sensory-Awareness-Training (SELVER u.a.1974 entnommen sind. Im Bereich der Tanztherapie, die hier auch zu nennen ist, wird der Prozess von Bewegung selbst als Kommunikations- und Ausdruckssystem verstanden und verwendet (WILKE 1978).

Der bedeutsame Begriff des Erlebens umfaßt nach ESSER (1978, S. 131) neben anderen Aspekten die genauere Selbstwahrnehmung und Auseinandersetzung einer Person mit ihren mentalen, emotionalen und somatischen Prozessen. Dadurch, "... daß ein Individuum engen Kontakt mit seinen Gefühlen und körperlichen Empfindungen aufnimmt und aufrechterhält, erhält es größere Klarheit über sich selbst: es kann jedem einzelnen Erlebnis einen Stellenwert beimessen, den es jetzt für es besitzt ..., d.h. seine Konflikte werden in Richtung auf eine zunehmende Präzisierung, Klärung und Lösung vorangebracht." Dabei zielen vor allem die sogenannten Körperpsychotherapien (Gestalttherapie, Vegetotherapie, Bioenergetik) über ihre unterschiedlichen Charakteristiken hinweg darauf ab, zunehmend somatische Erstarrungen zu lockern und zu überwinden (BROWN 1973). So erscheint es plausibel, daß SÜSS und MARTIN (1978, S.2740)

in ihrem Übersichtsartikel über Gestalttherapie annehmen, daß sich diese bei psychosomatischen Störungen sehr gut eignet, wobei die Autoren aber auch auf den bisher weitgehenden Mangel an Indikationsforschung hinweisen. Von den wenigen Untersuchungen ist eine explorative Studie zum Experiencing-Konzept (vgl. BOMMERTu.a. 1975; DAHLHOFF 1974; DAHLHOFF und BOMMERT 1978) an N=26 Klienten bemerkenswert. In dieser ergaben sich u.a. bedeutsame weniger körperliche Beschwerden und psychosomatische Allgemeinstörungen (im FPI) der Therapieklienten im Vergleich zu einer Wartegruppe.

Auch der Einsatz musiktherapeutischer Methoden bei der Behandlung funktioneller und neurotischer Störungen wird zunehmend in der Literatur diskutiert (vgl. z.B. SCHWABE 1972; STROBEL und HUPPMANN 1978).

Die bisher genannten Methoden psychosomatisch-psychotherapeutischer Behandlung werden von ihren Autoren nur teilweise daraufhin expliziert, inwieweit sie bei psychosomatischen Krankheiten im engeren Sinne oder psychosomatischen Störungen im weiteren Sinne (vgl. BRÄUTIGAM und CHRISTIAN 1975, S. 2), insbesondere bei den psychovegetativen Syndromen (vgl. DELIUS und FAHRENBERG 1966) zur Anwendung kommen können. Genau auf die zweitgenannte Gruppe psychovegetativer Störungen hin sind die Behandlungskonzeptionen einiger Autoren erarbeitet worden. Einige davon werden wir hier noch skizzieren.

Zunächst stellt sich die Frage, wann eine psychotherapeutische Behandelbarkeit der Krankheitsgruppe der funktionellen Störungen am ehesten vorhanden ist. Um dies zu entscheiden, sind nach BECK (1968) folgende Kriterien zu beachten: a) Der Patient soll ein gewisses Konfliktbewußtsein haben. Er sollte ahnen, daß die funktionellen Symptome mit seinem Leben zusammenhängen und nicht völlig ichfremd sind. Besonders günstig erscheint ein akuter Realkonflikt. b) Das Symptom sollte nicht älter als ein Jahr

sein, da bei längerer Dauer therapieerschwerende Prozessie, wie z.B. ein sekundärer Krankheitsgewinn, eintreten.
c) Mit Angst einhergehende Symptome sind eher psychotherapiegeeignet als hypochondrisch verarbeitete Beschwerden.
d) Der Patient sollte ein Bedürfnis nach Aussprache haben und Anzeichen für eine aktive Mitarbeit erkennen lassen.

Zur Art der Behandlungsmethoden gibt JORES (1976b, S. 393) eine Übersicht: 1. Medikamentöse Therapie; 2. Kleine Psychotherapie: AT, Persuasion und Suggestion, paradoxe Intention, Zuwendung zu einer Tätigkeit, Sport, Gymnastik, Massage, Atemtherapie, Regulierung der Lebensführung, Kuraufenthalt und Einweisung in ein Krankenhaus; 3. Psychotherapie: Möglichkeiten durch den Hausarzt, Fünfminutentherapie nach BALINT, am Symptom orientierte Gesprächstherapie; 4. analytische Therapie und Gruppentherapie. Teilweise wurden diese Methoden schon oben beschrieben, so daß wir hier insoweit nicht mehr auf sie eingehen. JORES hat in seiner Übersicht einige Einzeltechniken bzw. Variablen aus verschiedenen psychotherapeutischen Konzeptionen übernommen, was z.B. für Persuasion und paradoxe Intention (vgl. z.B. BEKCER und REITER 1978, S. 300; WATZLAWICK u.a. 1974) gilt. Eine eigenständige und umfassendere Konzeption besteht offenbar in der "am Symptom orientierten Gesprächstherapie (1973, S. 45; 1976c, S. 440). Nach Auffassung von JORES macht sich diese Therapieform Erkenntnisse aus der klassischen Psychotherapie zunutze, ist aber in ihrem Vorgehen viel direkter und unmittelbarer und somit der Verhaltenstherapie ähnlich. Sie stützt sich u.a. auf die Beobachtungen, daß psychische Ursachen psychovegetativer Störungen relativ bewußtseinsnah sind, den Symptomen psychologisch relevante Fehlverhaltensweisen sowie spezifische Auslöser vorausgehen und eine Behandlung mit unmittelbaren Deutungen und ebensolchem Dialog möglich ist (1973, S. 58). JORES (1973, S. 45ff.; 1976c, S. 441-444) unterscheidet drei Phasen dieser Methode:

1. Dem Patienten wird ein Psychogeneseverständnis seiner Beschwerden nahegelegt, was über die Sequenzen körperliche Untersuchung - Hinweis auf bisherige vorwiegend somatische Heilungsversuche des Patienten - Fragen an Patienten nach psychischen (Mit-)Verursachungen - Hinweis auf die Notwendigkeit aktiver Mitarbeit des Patienten - zunehmende Problemeingrenzung - ablaufen soll. 2. Auffindung relevanter auslösender Ereignisse und Durcharbeitung belastender Kindheitserlebnisse. 3. Die Abschlußphase kann einsetzen, wenn der Patient aktiv mitarbeitet und über die eigene Wahrnehmung psychosomatischer Zusammenhänge weniger seinen Beschwerden ausgeliefert ist. Prinzipien der klassischen psychoanalytischen Therapie werden modifiziert einbezogen, insbesondere etwa Widerstand- und Übertragungsbearbeitung, Einsichtsvermittlung, Traumdeutung, emotionale Neuorientierung. Die am Symptom orientierte Gesprächstherapie umfasst im allgemeinen 20 bis 100 Stunden.

Wie bei so manchen ärztlichen Beiträgen zur psychosomatischen Psychotherapie, bleibt es auch bei JORES dabei, daß die Behandlungsmethode an Einzelfällen veranschaulicht und Entwicklungen aus der neueren Psychotherapieforschung kaum zur Kenntnis genommen werden (entsprechend kritisch z.B. DELIUS 1975b, S. 166).

Die Vorschläge von JORES ähneln denen, die von MENTZEL (1969) im Kontext der Kurbehandlung entwickelt wurden. Weitgehend übereinstimmend mit JORES und MENTZEL hat auch ZEPF (1972, S. 158) vier wichtige Schritte für das therapeutische Gespräch mit psychovegetativ gestörten Patienten beschrieben: 1. Konfrontation mit psychosomatischen Zusammenhängen; 2. Herausarbeiten der Beziehung zwischen Konflikt und Abwehrverhalten mittels Interpretation (Konfrontation des Patienten mit eigenen Verhaltensaspekten; Klarifikation); 3. aktuelle Komplettierung der konfliktauslösenden Szene und damit 4. Konfrontation des Patienten mit seiner sozialen Realität.

Nicht zuletzt soll die Konzeption von DELIUS und FAHRENBERG (1966) hervorgehoben werden. Die Autoren diskutieren die Problematik einer entweder ausschließlich körperlichen oder seelischen Behandlung von Patienten mit funktionellen Symptomen und entwerfen daher eine komplementäre Therapie, die manche der bisher genannten Ansätze integriert. Die Komplementärtherapie ist sodann durch folgende Komponenten gekennzeichnet: 1. Weckung der Patientenmitarbeit, 2. therapeutische Haltung eher im Sinne einer ratenden und Eigenverantwortung stärkenden Rolle, 3. Verstehen der Eigenart des Patienten, Eingehen auf persönliches, berufliches, familiäres Leben, 4. Auflockerung der Ratlosigkeit, Minderung der Angst, Bewahrung vor falschen Hoffnungen und Entfaltung von Selbstvertrauen, 5. Besprechung eines Behandlungsplanes mit dem Patienten, 6. Hinführung zu körperlicher Aktivität, 6. Förderung des vitalen Antriebs- und Stimmungsgeschehens, 8. Übertragung der Gesprächsinhalte auf Alltag, 9. zusätzliche psychotherapeutische Hilfe bei Misserfolgen, 10. Verbleib der Behandlung beim Arzt oder Weitervermittlung an Fachtherapeuten, 11. AT, Gruppengespräch, Gestaltungstherapie, 12. Hinführung des Patienten zu rationalen Umstellungen und Planungen seines sozialen Lebens (S. 123).

5.4 Besondere Aspekte des Gesundheitsverhaltens als aktueller Gegenstand der Psychotherapieforschung

Schließlich soll darauf hingewiesen werden, daß Probleme des Gesundheitsverhaltens zunehmend durch die Psychotherapieforschung, vor allem im Bereich der Verhaltenstherapie, aufgegriffen werden (z.B. FERSTL und KRAEMER 1976; KATZ und ZLUTNICK 1975). So sind Therapieentwicklungen zur Raucherentwöhnung (z.B. AMER. CANTER SOC. 1971; BRENGELMANN 1974a, 1974b, 1975c; LANDO 1977), zur Bewegungsförderung (z.B. McALISTER u.a. 1974), zur Übergewichtsbehandlung (z.B. BELLACK 1976; FERSTL 1977; HAUTZINGER und KAUL 1977; JOKUSCH u.a. 1974; KAUL und HAUTZINGER 1977; McCALL 1977; WILLNER

1977) festzustellen. Unter den Therapietechniken spielen Selbstkontrollmethoden (vgl. z.B. HARTIG 1974) und Kleingruppenprozesse (vgl. GROMUS u.a. 1975) eine Rolle.

6 Zusammenfassung, Kommentar und Folgerungen

Im folgenden geben wir eine Zusammenfassung der Abhandlungen des theoretischen Teils, wobei wir, vor allem von forschungsmethodologischen Beurteilungskriterien her, die verschiedenen Ansätze, insbesondere zur Rehabilitationsforschung und zu psychotherapeutischen Rehabilitationsmaßnahmen, auch zusammenfassend kommentieren. Diesen zusammenfassenden und kommentierenden Darlegungen schliessen sich einige Folgerungen für die weitere Forschung an. Diese Folgerungen werden nur aus einer psychologischen und hierbei primär erfahrungswissenschaftlichen Sicht gegeben und beziehen sich in erster Linie auf die stationären Heilverfahren bei psychosomatisch-psychovegetativen Störungen. Auch innerhalb dieser Eingrenzung bleiben sie noch selektiv, wie sie auch von keinem Vollständigkeitsanspruch getragen werden.

Nach der Einführung in die Ziele und den Aufbau der vorliegenden Arbeit werden grundlegende Begriffe und Konzepte zum Thema stationärer Rehabilitationsmaßnahmen, unter besonderer Berücksichtigung der in diesem Rahmen vorkommenden psychotherapeutisch-psychologischen Behandlungsmaßnahmen bei psychosomatisch-psychovegetativen Störungen, dargestellt. Grundlagen hierfür sind Formulierungen in der einschlägigen Literatur und in den gesetzlichen Regelungen zur RVO.

Es schließt sich eine Herausarbeitung von Problemen und Aufgaben der Rehabilitation und der - vor allem in rehabilitiven Kontext vorkommenden - Prävention sowie der Rehabilitations- und Präventionspsychologie an. Aufgaben der Rehabilitations- bzw. auch "Kurpsychologie" werden nach Auffassung verschiedener Autoren gesehen in: Diagnostik, Assessment, Psychotherapie, Beratung, Gesundheitserziehung, Mitarbeiterfortbildung, Organisationsentwicklung und Forschung. Die Probleme und Ansätze der rehabilitiven Forschung und besonders der in diesem Kontext zu leistenden psycho-

logischen Forschung lassen sich u.a. anhand eines "input-intervention-output-paradigms" umschreiben. Von diesem ausgehend können verschiedene rehabilitations- und in diesem Zusammenhang präventionspsychologische Forschungsansätze festgestellt werden, die, noch weitgehend in anfänglich-deskriptiven Stadien befindlich, u.a. befasst sind mit Fragen der Ätiologie und Epidemiologie der zu rehabilitierenden bzw. zu verhütenden Störungen und Krankheiten, außerdem Fragen der Patientenselektion im Hinblick auf die klinischen Rehabilitationsmaßnahmen, der Indikation und Evaluierung verschiedener Behandlungsmaßnahmen (darunter auch psychologischer bzw. psychotherapeutischer Rehabilitationsmaßnahmen), der Erwartungen, Krankheits- und Behandlungsvorstellungen bei Patienten und Angehörigen des therapeutischen Personals, der Merkmale und Bedingungen des Rehabilitations- bzw. Kurerfolgs und nicht zuletzt der Methodenentwicklung. Die Forschungsansätze lassen aber eine ganze Reihe von Problemen mehr oder weniger offen: Ätiologisch relevante Bedingungen für die Erhöhung wie die Verminderung des Erkrankungsrisikos werden häufig nur in einzelnen Aspekten und in retrospektiver, deskriptiver Weise, kaum etwa in z.B. "quasiexperimenteller", prospektiver Weise, untersucht. Gleichwohl fehlen für den Bereich der BRD auch, bis auf wenige Ausnahmen (z.B. DILLING und WEYERER 1978), die "hypothesenstimulierenden", umfassenden sozial-epidemiologischen Studien. Die rehabilitationspsychologischen Untersuchungen lassen häufig eine Verwendung psychologischer Merkmale, seltener eine simultane Einbeziehung sowohl psychologischer als auch sozial anamnestischer, medizinischer (physiologischer, klinisch-chemischer, somatischer) Kennwerte erkennen. Auch sind nicht nur solche multivariate sondern auch über längere Zeitspannen hinweg angelegte Veränderungsstudien gegenüber den häufigeren Pre - Post-Test-Vergleichen selten. Kaum systematisch erforscht wurden die Bedeutung von relevanten "Ausgangsbe-

dingungen" der Patienten für die Beantragung und Genehmigung von Heilmaßnahmen (Selektion) sowie auch für die Effektivität verschiedener Behandlungsmaßnahmen, wie auch bisher erst in wenigen Ansätzen eine differentielle Treatmentforschung im Hinblick auf medizinische, physikalisch-physiotherapeutische und psychotherapeutische Behandlungsmethoden betrieben wurde. Damit hängt ein anderes Problem zusammen, das in der bisherigen Forschung nur wenig im Rahmen breiterer Studien angegangen wurde: das Problem der experimentellen Kontrolle, durch den Vergleich behandelter bzw. unterschiedlich behandelter sowie unbehandelter Personen. Auch ein psychologischer Beitrag zur Analyse der Kur- bzw. Rehabilitationserfolgskriterien auf ihre Prädiktion, Bewährung, Dimensionalität, Relevanz, Validität und Reliabilität hin wurde bislang kaum geleistet. Immerhin liegen zu diesem Thema erste forschungsprogrammatische Formulierungen vor (vgl. z.B. FAHRENBERG u.a. 1978 b).

Im (vierten) Abschnitt über die Voraussetzungen, Möglichkeiten und Grenzen psychotherapeutischer bzw. psychologischer Rehabilitationsmaßnahmen werden u.a. relevante Vorbedingungen und Begründungen für diese Maßnahmen herausgearbeitet: Es sind vor allem psychische und zwischenmenschliche Belastungen vieler Kurgänger im Zusammenhang mit bedeutenden Lebensbereichen wie Ehe, Partnerschaft, Familie und Beruf, sodann das vielfach inadäquate Gesundheitsverhalten sowie die humanistisch-sozialethischen Fundierungen psychologischer Therapiemaßnahmen selbst. Einige der wenigen Studien zur Effizienz psychologischer bzw. psychotherapeutischer Rehabilitations- bzw. Kurmaßnahmen, insbesondere für Patienten mit psychovegetativen Störungen, werden dargestellt und diskutiert. Diese Studien genügen methodologischen Beurteilungskriterien, z.B. dem Vergleich mit möglichst parallelisierten unbehandelten bzw. anderweitig behandelten Gruppen (Bedingungskontrolle) oder der

Analyse des Zusammenhangs zwischen verschiedenen Erfolgskriterien u.a. in eher nur bescheidenem Umfang. Entsprechend dieser Einschränkung wird aus den Untersuchungen die vorsichtige, wenngleich durch vermehrt positive Auswirkungen kurzfristiger Rehabilitationspsychotherapie nahegelegte, eher zuversichtliche Folgerung gezogen, daß psychologische Behandlungsmaßnahmen, und zwar in Koordination mit anderen, insbesondere auch medizinischen Interventionen, eindeutigere und stabilere Ausprägungen in kurerfolgsrelevanten, subjektiven und objektiven Merkmalen erwarten lassen. Weitere offene Probleme werden diskutiert.

Um im Hinblick auf die psychologischen Rehabilitations- und Kurmaßnahmen, insbesondere für Patienten mit psychovegetativen Störungen, theoretische und methodische Anhaltspunkte zu gewinnen, werden verschiedene Modelle der psychosomatischen Krankheitslehre sowie neuere, auf die psychologische Behandlung bei psychovegetativ-psychosomatischen Störungen bezogene Entwicklungen aus der Psychotherapieforschung hinsichtlich ihrer jeweiligen Implikationen zu einer solchen Behandlung gesichtet und diskutiert. Es zeigt sich , daß die auftretenden Symptome und Beschwerden entweder mehr direkt und "symptomzentriert" oder über eine "Übersetzung" derselben in psychologische und lebensgeschichtliche Zusammenhänge therapeutisch angegangen werden.
Die wenigen in diesen beiden Bereichen vorliegenden systematisch-empirischen Effizienzstudien lassen es als zumindest wahrscheinlich erscheinen, daß die oben genannte vorsichtig-zuversichtliche Einschätzung zu zusätzlichen psychologischen Behandlungsmaßnahmen für Rehabilitations- bzw. Kurpatienten, vor allem mit psychovegetativ-psychosomatischen Störungen, gerechtfertigt ist.

Welche Perspektiven lassen sich aus den Darlegungen des Theorieteiles zur Erforschung relevanter Bedingungen und Wirkungen klinisch-stationärer Heilmaßnahmen ableiten?
Wir beschränken uns auf eine themenzentrierte und thesenhafte Zusammenstellung von anzugehenden Problemen, zumal

bereits an anderer Stelle dazu Hinweise gegeben wurden (vgl. FAHRENBERG u.a. 1978b; KURY und FERSCHING 1978).

1. Ätiologisch relevante Faktoren der Krankheiten und Störungen und Prozesse der Patientenauswahl: Es sind Untersuchungen zu den verschiedenen Selektionsschritten angebracht, nach denen Kurpatienten für ein stationäres Heilverfahren ausgewählt werden. In diesem Zusammenhang könnten anhand multivariat angelegter Vergleiche Kurantragsteller und Personen, die bisher noch kein Heilverfahren erhielten, einander gegenübergestellt werden. Die Auswahl von Kurpatienten dürfte kaum zufällig erfolgen und eine subjektive Kurbedürfigkeit wird nicht ohne weiteres einer objektiven z.B., anhand von Ausprägungen in Risikofaktoren definierten, objektiven Kurbedürftigkeit entsprechen (vgl. GERCKE 1976b). Eng mit der Unterscheidung von Kurgängern und Nichtkurgängern sind Fragen der Ätiologie und Epidemiologie verbunden. Sollen mit rehabilitiven Aktivitäten zugleich auf präventive Weise die Risiken gesundheitlicher Beeinträchtigung gesenkt werden, so werden Informationen über die Verteilung solcher Beeinträchtigungen und über deren Abhängigkeit von pathogenetisch relevanten Faktoren gebraucht (vgl. z.B. DOHRENWEND und DOHRENWEND 1974; HENKEL und ROER 1976; KING 1978; SCHAEFER und BLOHMKE 1977; STRAUSS 1979). Sie lassen sich anhand repräsentativer, längerfristiger und prospektiver Studien sicher auf validere Weise als anhand lediglich kurzfristiger, retrospektiver Untersuchungen an anfallenden Patientenstichproben gewinnen (vgl. SROLE 1975). Einstweilen bedeuten aber auch Deskriptionen solcher Stichproben auf interindividuelle Unterschiede hin, etwa in Abhängigkeit von Geschlecht, Alter, familiären und beruflichen Gegebenheiten sowie belastenden Lebensereignissen u.a., einen für die Formulierung überprüfbarer Hypothesen zumindest begrenzten, ätiologisch bzw. epidemiologisch bedeutsamen, Informationszuwachs, vor allem, wenn die erwähnten Vergleiche mit

möglichst parallelisierten unbehandelten Personen möglich sind. Zur Analyse dieser pathogenetisch relevanten und psychologisch faßbaren Vorbedingungen der zu rehabilitierenden Störungen und Krankheiten sowie der unmittelbar im rehabilitiven Kontext erfolgenden Präselektionen von Patienten ist die weitere Ausarbeitung von theoretischen Modellen notwendig, deren Ableitungsvoraussetzungen vielfach noch unzureichend sind (so z.B. FRESE 1977, 1978, 1979; GROSSARTH-MATICEK 1979).

2. Einstellung, Motivation, Krankheitskonzept und Behandlungsvorstellung. Es ist einmal eine differenzierte Erfassung relevanter Einstellungen, Erwartungen und Motive, ebenso auch der naiv-subjektiven Vorstellungen von Patienten über die Verursachung ihrer Beschwerden und die ihnen angemessen erscheinende Behandlung notwendig. Hierbei kann an erste empirische Beschreibungen (z.B. BÖCK 1975; SCHABACKER und ASCHOFF 1976) angeknüpft werden. Sodann sind aber Untersuchungen über den Einfluß solcher motivationaler Bedingungen auf die Effektivität der Heilmaßnahmen bzw. die weiteren Bedingungen, anhand derer Einstellungsänderungen bzw. -stabilisierungen in Richtung etwa des Gesundheitsverhaltens u.ä. (vgl. z.B. ANTONS-BRANDI 1973a, 1973b) erzielt werden, nötig.

3. Zuweisung der Antragsteller zu Kurkliniken und Indikation zu bestimmten Behandlungsmaßnahmen: Im Zuge der genaueren Indikationsbestimmung für die einzelnen Rehabilitations- bzw. Kureinrichtungen wird eine möglichst erfolgversprechende Zuweisung der Patienten zur einzelnen Klinik und Behandlungsart bzw. zu spezifischen Behandlungsprogrammen besonders akut. Eine Optimierung entsprechender Zuweisungen ist nur im Zusammenhang mit der Beantwortung der Frage nach der Wirkung bestimmter Behandlungsmaßnahmen bei unterschiedlichen Patienten mit unterschiedlichen Störungen zu erreichen. Im Hinblick auf psychologische Rehabilitationsmaßnahmen sind "Indikationshilfen" erforderlich, die möglichst optimale therapeutische Zuordnungshinweise anhand empirisch gewichteter Prädiktorvariablen, z.B. bezüglich Motivation. Belastung, Mitar-

beitsbereitschaft, Introspektion, Ansprechbarkeit, Umweltbedingungen u.ä. geben können. Erste Ansätze in dieser Richtung sind bereits, zumindest als Systematisierung der zu beachtenden inhaltlichen und methodischen Gesichtspunkte, festzustellen (vgl. z.B. BLASER 1977; FAHRENBERG u.a. 1978b; GÖLLNER 1977).

4. Wirkungsweise (Erfolg) der Heilmaßnahmen und Kriterienanalysen: Zentrales Problem ist nach wie vor die Frage, wie bestimmte Heilmaßnahmen bei welchen Patienten mit welchen Störungen in welchem sozialen Umfeld wirken. Die Weiterentwicklung und Steigerung der Effizienz von Heilmaßnahmen hängt weitgehend von der Klärung dieser Frage ab. Erfolgversprechende Forschungsansätze sind im weiteren Bezugsrahmen der Rehabilitation bereits aufzufinden (vgl. BOLTON 1976), während der Teilbereich der Kurforschung diesbezüglich noch in den Anfängen steht. Immerhin stehen durch gesetzgeberisch-normative Bestimmungen Kriterien fest, auf die hin die kurbedingten Veränderungen empirisch bezogen werden können (vgl. GÖLLNER 1973; SEIFERT 1977). Aufgaben der psychologischen Forschung bestehen hierbei zunächst in differenzierten Kriterienanalysen, wozu bereits Formulierungen (vgl. z.B. BOLTON 1976; FAHRENBERG u.a. 1978b; SEIFERT 1977) getroffen wurden. Sodann sind Untersuchungen zu Dimensionalität, Relevanz, Prädiktion und Bewährung der Kriterien notwendig, wobei z.B. die Voraussagbarkeit somatischer und objektiver kurerfolgsrelevanter Befunde (z.B. Risikoindikatoren, Krankheitszeiten u.a., vgl. z.B. SCHAEFER und BLOHMKE 1977) anhand psychologischer Variablen (z.B. Motivation, Belastung) von Interesse ist.

5. Neuentwicklung psychologischer bzw. psychotherapeutischer Behandlungsmaßnahmen: Viele Autoren sind sich darin einig, daß im Rahmen stationärer Heilverfahren eher modifizierte bzw. integrierende Anwendungen von psychologischen Therapie- und Interventionsmodellen sinnvoll sind (z.B. BENDORF u.a. 1976; DELIUS und TRÄGERT 1971); erste Stu-

dien über die Effizienz solcher Anwendungen sprechen für eine daraus resultierende erhöhte Eintrittswahrscheinlichkeit von Kurerfolgsmerkmalen (vgl. z.B. BENDORF u.a. 1976; HAMMER u.a. 1976; KLEINSCHMIDT 1975; SAUER und SCHNETZER 1978). Gleichwohl sind Beschreibungen über weitere "kreative" Anwendungen klassischer Therapieverfahren ebenso notwendig wie sorgfältig angelegte Studien mit verschiedenen Versuchsplänen (vgl. GRAWE 1978a) zur differentiellen Wirksamkeit einzelner Therapiemethoden bei verschiedenen Patienten und Störungen; z.B. über den Einfluß von entspannenden oder/und gesprächstherapeutischen Verfahren auf psychosomatische Beschwerden und psychische Belastungen, oder über die Wirkung von verhaltenstherapeutisch und/oder gesundheitsaufklärerisch vermittelnden Maßnahmen zur Übergewichtsreduktion bzw. Raucherentwöhnung (vgl. z.B. HAMMER 1976; KLEINSCHMIDT 1975), über die Bewältigung von Stressituationen durch einzel- oder/und gruppentherapeutische Verfahren (vgl. z.B. RAHE u.a. 1975). Nicht zuletzt ist die systematische Erprobung und Überprüfung allgemeinerer, einem größeren Patientenkreis zukommender gesundheitserzieherischer Maßnahmen notwendig (vgl. z.B. BIENER 1977; DOUBRAWA 1978a, 1978b).

6. Katemnesestudien: Dieser Punkt ist eng verknüpft mit den anderen Punkten. Es geht um die Erforschung langfristiger Erfolge, Teil- oder Mißerfolge von Rehabilitationsmaßnahmen, u.a. in Abhängigkeit von Persönlichkeit und Erkrankung der Patienten und von Besonderheiten des heilmaßnahmespezifischen Settings, auch von erfolgsrelevanten positiven oder negativen Umständen in der sozialen und ökologischen Umgebung der Patienten. In diesem Kontext muß das oben genannte Kriterienproblem erneut berücksichtigt werden. Auch sind Forschungsergebnisse zur Teilnahmemotivation an katemnestischen Befragungen zu berücksichtigen.

7. Methodenentwicklung: Die in diesem Bereich seit einigen Jahren zu beobachtenden intensivierten Forschungsaktivitäten im Kontext klinischer Rehabilitationsmaßnahmen, etwa zur Entwicklung von Befindens- und Beschwerdenlisten, Stimmungs- und Belastungsskalen, Einstellungs- und Motivations- sowie Persönlichkeitsfragebogen (Übersichten z.B. bei FAHRENBERG u.a. 1978b; KURY und FERSCHING 1978) sollten in verschiedener Hinsicht vertieft werden. In inhaltlicher Hinsicht sind z.B. differenzierte Verfahren zur Erfassung von psychosozialen Belastungen und von Bewältigungs- bzw. Verarbeitungsweisen gegenüber solchen Belastungen weiterzuentwickeln, ebenso Instrumentarien zur Evaluierung von therapeutischen Ergebnissen durch Patienten und deren Sozialpartner und durch Angehörige des therapeutischen Personals, nicht zuletzt zur Erfassung des "Klimas" in den rehabilitiven Einrichtungen (vgl. MOOS 1974; auch HENRICH u.a. 1979). In methodischer Hinsicht sind zu diesen Erfassungsinstrumenten Validierungsstudien und Assessmentprozeduren (vgl. WIGGINS 1973) notwendig, um etwa ihre "Eignung" und "Bewährung" und ihren "Entscheidungsnutzen", z.B. hinsichtlich der Therapieindikationen, zu charakterisieren.

8. "Psycho-Physiologie", "Psycho-Sozio-Somatik" und "Interdisziplinarität": Sowohl die Art der, psychische wie somatische Funktionen betreffenden, "psychovegetativen Störungen" als auch die gesetzgeberisch-normativ vorgegebenen gesundheitsrelevanten Erfolgskriterien legen nahe, daß eine rehabilitations- und kurpsychologische Forschung nicht nur in Beschränkung auf "Psychisches" "vor sich hin arbeitet". Die von der Psychophysiologie aufgegriffenen Probleme der Verflechtung spezifischer und/oder unspezifischer physiologischer Reaktionsparameter einerseits sowie erlebnis- und verhaltensmäßiger auch interaktionaler und sozialer"Anteile" andererseits, gemeinsam verankert in Modellen psychophysischer Komplementarität, stellen sich bei der ätiologischen Erhellung

psychovegetativer Störungen ebenso wie beispielsweise bei der Suche nach Ansatzpunkten für eine therapeutisch sinnvolle Beeinflussung vegetativer - vielfach beschwerden- und schmerzbehafteter - Irritierbarkeit (vgl. z.B. BIRBAUMER 1977; DELIUS und FAHRENBERG 1966; FAHRENBERG u.a. 1972). Weitere, zunächst noch vielfach physiologisch-psychologische experimentelle Designs (z.B. zum genaueren psychophysiologischen Verständnis von Auslösung, Verlauf und Modifikation von Schmerz- und Beschwerdenzuständen) sind wünschenswert (vgl. z.B. DELIUS 1972; MEDERT-DORNSCHEIDT 1978). Es wird deutlich, daß rehabilitationsbezogene Pathogenesforschung wie die Rehabilitationsforschung selbst des ständigen Austauschs mit medizinischen aber auch soziologischen und pädagogischen Disziplinen, und zwar mit den Forschern wie Praktikern dieser Bereiche, bedürfen, um zu berücksichtigen, welche Bedeutung z.B. einzelne somatisch-pathologische Prozesse und Zustände im einzelnen Menschen aber auch soziale Umgebungsfaktoren auf einer gesellschaftlichen und äkologischen Aggregatebene haben (vgl. z.B. BLOHMKE u.a. 1975, 1976, 1977; BUGGLE und FERSCHING 1980; GROSSARTH-MATICEK 1979).

9. Stationäre Heilverfahren finden für Individuen mit ihrer gesamten Vielfalt somatischer, erlebnis- und verhaltensmäßiger Prozesse statt. Diagnostische, indikatorische und therapeutische Aussagen werden nicht nur im Zusammenhang mit einzelnen "Variablen", sondern immer im Hinblick auf "ganzheitliche Personen" mit komplexen Mustern und Konstellationen von Merkmalen getroffen. Von der klinischen Erfahrung her werden in diesem Zusammenhang manchmal bestimmte "Merkmalsbündelungen", die den "typischen Kurpatienten" kennzeichnen sollen, angenommen, so z.B. "seine" Passivität, "seine" somatische Denkweise, "seine" Mischung aus psychovegetativer und emotionaler bzw. psychoneurotischer "Gestörtheit" u.ä.

(vgl. z.B. KIJANSKI 1973). Mit Hilfe von clusteranalytischen bzw. klassifikatorischen statistischen Verfahren können und sollten solche Kombinationen von Merkmalen identifiziert werden, wie dies z.B. bei WOLFRAM und MOLTZ (1974) im Hinblick auf die FPI-Variablen sowie bei MYRTEK (1975) bezüglich eines umfassenderen Variablensatzes, der u.a. aus Persönlichkeits-, Beschwerden- und physiologischen Variablen bestand, erfolgte. Wenngleich diese methodischen Ansätze erhebliche methodische und interpretatorische Probleme aufwerfen, so scheint ihr Einsatz im Hinblick auf Fragen der Beschreibung klinischer Gruppen sowie der Indikation und Evaluation bestimmter Kurbehandlungsmaßnahmen sowie einzelner, u.a. psychologischer, Kur- und Rehabilitationsmaßnahmen, lohnenswert (vgl. SCHMIDT 1978).

E M P I R I S C H E R T E I L

7 Zielsetzung, Fragestellungen und Übersicht zum empirischen Teil

Bereits in der Einführung (1) haben wir in globaler Weise das Ziel der gesamten vorliegenden Arbeit bestimmt. Der nun beginnende empirische Teil steht, wie bereits dargelegt, unter dem Ziel, aus psychologischer Sicht einen Beitrag zur Erforschung relevanter Bedingungen und Effekte von allgemeinen Rehabilitations- bzw. Kurbehandlungsmaßnahmen und von besonderen rehabilitationspsychotherapeutischen bzw. psychologischen Behandlungsmaßnahmen für Patienten, die vorwiegend wegen psychovegetativer Störungen an einem stationären Heilverfahren (Kur) der Rentenversicherungsträger teilnehmen, zu leisten. Wie ebenfalls in der Einführung erwähnt, konnten die Untersuchungen für diesen empirischen Teil an Patienten der LVA-Kurklinik Buching/Allg. durchgeführt werden. Für Vergleichszwecke stehen auch Daten aus der parallel angelegten Untersuchung an Patienten der BfA-Kurklinik Bad Iburg von WELSCH (WELSCH 1980) sowie aus einer primär zur Frage der zeitlichen Stabilität und Veränderung (u.a. des FPI) erfolgten Erhebung von HAMPEL (HAMPEL 1978) zur Verfügung (zur Stichprobenbeschreibung siehe 10).

Was das zunächst vorrangige Anliegen betrifft, wie die genannte Zielsetzung in ihren Teilzielen und methodischen Vermittlungsschritten konkretisiert werden kann, so haben die im vorangegangenen theoretischen Teil herausgearbeiteten Probleme und - in expliziter Weise - die daraus gezogenen Folgerungen entscheidende Anhaltspunkte gegeben. Um eine solche Konkretisierung geht es jetzt. Sie soll dadurch erreicht werden, daß wir Problembereiche nennen, deren Bearbeitung zugleich die Annäherung an wichtige Teilziele der Arbeit impliziert. Im Zusammenhang mit diesen Problembereichen wird jeweils Bezug auf die damit korrespon-

dierenden, zum Abschluß des theoretischen Teils dargelegten Folgerungen und Perspektiven genommen. Die verschiedenen Problembereiche werden sodann im Zuge eines weiteren Konkretisierungsschrittes als Einzelfragen für die empirischen Untersuchungen differenziert. Diese Problembereiche und Einzelfragen, auf deren erfahrungswissenschaftliche Bearbeitung der nun beginnende zweite Teil der Arbeit abzielt, betreffen bestimmte Merkmals- bzw. Variablenbereiche, deren Einbeziehung in den Untersuchungsplan durch die Erörterungen des theoretischen Teils nahegelegt ist. Um diese Variablenbereiche bei der Darstellung von Problembereichen und Fragen nicht immer wieder wiederholen zu müssen, stellen wir sie zunächst noch voran. Zu den verschiedenen Variablenbereichen ist zu sagen, daß sie in einer möglichst breiten und differenzierten Fassung in die Untersuchung aufgenommen werden sollen, da die bisherige Forschung durch erhebliche Lücken im Hinblick auf die "Operationalisierung" und "Gewichtung" einzelner Variablen gekennzeichnet ist. Es sind u.E. die folgenden Variablenbereiche, die berücksichtigt werden sollten.

1) Einstellungen, Erwartungen und Bewertungen der Patienten in bezug auf Heilmaßnahmen;
2) subjektive Krankheitskonzepte und Behandlungsvorstellungen;
3) Hypochondrie und Gesundheitsverhalten;
4) Persönlichkeitsvariablen;
5) subjektive Beschwerden;
6) Stimmungen;
7) subjektive Belastungen (im Zusammenhang mit bestimmten Lebensbereichen);
8) Anamnestische bzw. katamnestische und soziale Kennwerte zu Kindheit, Familien- und Berufsleben, Lebensgewohnheiten, Erkrankungen Gesundheitsverhalten sowie Lebensereignissen (life-events);
9) Einschätzungen der Patienten durch Angehörige des medizinisch-therapeutischen Personals;
10) objektive medizinische Kennwerte.

In einem erheblichen Ausmaß muß die empirisch fundierte Bedeutung dieser Merkmalsbereiche noch exploriert werden. Sie sollen daher in erster Linie durch deskriptive Datenanalysen angegangen werden, was auch bei der Formulierung der Problembereiche und Fragen zu berücksichtigen ist.

Nun zu den einzelnen Problembereichen. Wie bereits herausgearbeitet wurde, sollten die methodischen Verfahren im Hinblick auf diagnostische, indikatorische und evaluative Aufgaben des stationären Heilverfahrens neu- bzw. weiterentwickelt werden (vgl. Perspektive 7). Genau darin besteht ein erster Problembereich, zu deren Bearbeitung beizutragen eines der Ziele der vorliegenden Arbeit ist. Es erscheint angebracht, solche Neu- und Weiterentwicklungsaufgaben vor allem im Hinblick auf die oben genannten Variablenbereiche 1, 7, 8 und 9 in Angriff zu nehmen. Diese Aufgaben gehören zugleich in besonderer Weise zu denjenigen, die in besonders enger Zusammenarbeit mit dem Autor der Paralleluntersuchung, Herrn WELSCH, sowie dem Betreuer beider Arbeiten, Herrn Prof. Dr. FAHRENBERG, bearbeitet wurden.

Ein zweiter Problembereich greift vor allem die Perspektiven 1, 2 und 3, teilweise auch 8 auf und betrifft im wesentlichen die Charakterisierung von relevanten Bedingungen, die die Rehabilitationsbedürftigkeit (bzw.-selektion) mitbedingen und zugleich die Effizienz von Rehabilitationsmaßnahmen beeinflussen. Um solche Bedingungen aus psychologischer Sicht herauszuarbeiten, wurden einmal verschiedene interindividuelle Vergleiche innerhalb der untersuchten LVA-Patienten, aber auch zwischen diesen und BfA-Patienten sowie unbehandelten Personen geplant.

Nicht nur eine empirische Untersuchung anhand eines breiten und differenzierten Variablensatzes erscheint zum gegenwärtigen Forschungsstadium angebracht, sondern auch eine Erkundung von übergreifenden Zusammenhängen bzw. Strukturen innerhalb der verschiedenen Kennwerte (dritter Problembereich). Damit können Anhaltspunkte zur Art psychosomatischer

und psychosoziosomatischer Beziehungen, aber auch zu Bedingungskomplexen der Wirkweise stationärer Heilmaßnahmen gewonnen werden (Perspektive 8 und 4). Weiterhin stellt sich das Problem der Wirkweise stationärer Heilverfahren, und zwar nicht nur im Sinne einer - bereits durch einige kurpsychologische Beiträge geleisteten - deskriptiven Beschreibung von Veränderungen in den verschiedenen Merkmalen, sondern auch in einer Erfassung der längerfristigen Wirkungen sowie der Bedingungen von kurz- und längerfristigen Effekten. Mit diesem vierten Problembereich greifen wir vor allem die in Perspektive 6 genannte Notwendigkeit nicht nur kurz-, sondern auch längerfristiger Veränderungsstudien, sowie die unter Perspektive 4 postulierte Forschung zur Wirkweise und zum Kriterienproblem auf.

Im engen Zusammenhang mit diesem veränderungsorientierten Problembereich steht das weitere Problem, inwieweit durch zusätzliche psychotherapeutische bzw. psychologische Behandlungsmaßnahmen eine Optimierung des Kurerfolgs bzw. des Erfolgs in einzelnen kurerfolgsrelevanten Merkmalen erreicht werden kann. Die notwendige Forschung zu diesem fünften Problembereich haben wir bereits unter Perspektive 5 angesprochen; sie berührt mehr oder weniger aber auch die anderen Perspektiven. Gleichwohl, dem Problem eines Zusatzeffektes aufgrund psychologischer Behandlungsmaßnahmen gilt unser Interesse in besonderer Weise.

Schließlich betrifft ein sechster Problembereich die Frage, anhand welcher, aus psychologisch-empirischer Sicht zu identifizierender Bedingungen und Faktoren die Ausprägungen in Kureffekten, vor allem insoweit sie "kurerfolgsrelevant" sind, vorhergesagt werden können. Letzten Endes ist dieses Problem mit allen genannten Perspektiven in einer bestimmten Weise verbunden, ausdrücklich mit Perspektive 4 (Wirkungsweise, Kriterienanalyse, Evaluation).

Entfalten wir die genannten Problembereiche, deren Bearbeitung Teilziele unserer empirischen Untersuchungen darstellen, weiter, so stellen sich die folgenden Einzelprobleme bzw. Einzelfragen (mit Bezug zum jeweiligen Problembereich in Klammer).

1. Anhand welcher Dimensionen lassen sich die neu- bzw. weiterzuentwickelnden methodischen Verfahren beschreiben, wenn in den vergleichbaren Verfahren die Daten sowohl der LVA- als auch der BfA-Kurpatienten zugrundegelegt werden? Welche itemanalytischen Kennwerte ergeben sich auf der Basis dieser Dimensionen? (Problembereich 1)

2. Lassen sich geschlechts- und altersabhängige Merkmalsausprägungen in den verschiedenen Variablen im interindividuellen Vergleich der Patienten feststellen? (Problembereich 2)

3. Lassen sich in den einzelnen Variablenbereichen unterschiedliche Ausprägungen feststellen, wenn zwischen den Patienten nach dem Ausmaß ihrer im Psychologischen Interview eingeschätzten psychischen und psychosozialen Belastung unterschieden wird? (Problembereich 2)

4. Unterscheiden sich Patienten verschiedener Diagnosegruppen, insbesondere mit und ohne der Diagnose "Psychovegetatives Syndrom", in den verschiedenen Variablenbereichen? (Problembereich 2)

5. Lassen sich im interindividuellen Vergleich Unterschiede zwischen Patienten, die zum ersten Mal an einem Heilverfahren teilnehmen (Erstkurgänger) und Patienten, die zum wiederholten Male an einem Heilverfahren teilnehmen (Kurwiederholer) auffinden? (Problembereich 2)

6. Ergeben sich unterschiedliche Variablenausprägungen in Abhängigkeit von Unterschieden in familiären und beruflichen Bedingungen der Patienten (wie etwa Familienstand, Kinderzahl, Berufsausbildung und beruflicher Tätigkeit)? (Problembereich 2)

7. Sind das Ausmaß subjektiver Beschwerden und psychosozialer Belastungen sowie die Art der Ausprägung verschiedener Persönlichkeitsmerkmale Indikatoren für "Kurbedürftigkeit"? Vergleich zwischen der Patientengruppe und einer Vergleichsgruppe. (Problembereich 2)

8. Welche dimensionsanalytischen Zusammenhänge finden sich pro Erhebungstermin zwischen den verschiedenen Variablenbereichen? (Problembereich 3)

9. Welche Zusammenhänge finden sich zwischen Art und Häufigkeit der "life events" und den psychosozialen Belastungen? (Problembereich 3)

10. In welcher Richtung und in welchem Ausmaß lassen sich in den verschiedenen Variablenbereichen der LVA-Kurpatienten zum Kurende und bei einer ein halbes Jahr später stattfindenden katamnestischen Untersuchung Veränderungen feststellen? Welche Veränderungen, die als Behandlungseffekte bezeichnet werden können, erweisen sich dabei als stabil? (Problembereich 4)

11. Inwieweit lassen sich in den Variablenbereichen der Vergleichsgruppe (zur LVA-Kurpatientenstichprobe) zwischen zwei, dem Kuranfang und Kurende vergleichbaren Untersuchungszeitpunkten Veränderungen feststellen? Finden diese Veränderungen in einem weniger bedeutenden Ausmaß als bei den Patienten, die an einem Heilverfahren teilnehmen, statt? (Problembereich 4)

12. Unterscheiden sich die Behandlungseffekte der LVA-Kurpatienten, die während des Heilverfahrens eine zusätzliche psychologische Behandlung erhalten haben, von den Effekten bei Patienten ohne eine solche zusätzliche Behandlung? (Problembereich 5)

13. Ergeben sich beim Vergleich von zusätzlich psychologisch behandelten Patienten der LVA- und der BfA-Kurklinik unterschiedliche Behandlungseffekte in Abhängig-

keit von der Art der Behandlung und der mit der Zugehörigkeit zur LVA- und BfA-Stichprobe verbundenen soziographischen und anamnestischen Merkmale (Problembereich 5).

14. Aufgrund welcher Variablen können Effekte der stationären Heilmaßnahmen vorausgesagt werden? (Problembereich 6).

Nachdem die im Rahmen des empirischen Teils anzugehenden Probleme und Fragen jetzt deutlicher geworden sind, soll noch eine Übersicht über das weitere Vorgehen gegeben werden. Es schließt sich eine Beschreibung der zur Fassung der verschiedenen Variablenbereiche ausgewählten bzw. entwickelten methodischen Verfahren an, die sich, was die Bezugnahme auf testtheoretisch bedeutsame Gesichtspunkte betrifft, an dem Stand,der bei der Durchführung der Untersuchungen bestand, orientiert (weitere testtheoretisch relevante Aufarbeitungen zu einzelnen Verfahren sind ja Gegenstand verschiedener statistischer Bearbeitungen, auf die wir erst in der Darstellung der Ergebnisse eingehen).

Nach dieser Methoden- bzw. Variablenbeschreibung folgen zu einigen der genannten Fragen Ableitungen und Formulierungen verschiedener Hypothesen, sodann die Beschreibung der untersuchten Stichproben sowie der Kurklinik und der stationären Heilmaßnahmen einschließlich der psychologischen Behandlungsmaßnahmen. Eine Darstellung des Untersuchungsplans sowie des statistischen Auswertungsplans schließt sich an, worauf sodann die Ergebnisdarstellung, und zwar unter den Gesichtspunkten der jeweiligen Fragestellung, der statistischen Bearbeitung, der Resultate sowie der Diskussion,der Hypothesenprüfung und der Zusammenfassung erfolgt. Eine Gesamtzusammenfassung und ein Ausblick schließen die Arbeit ab.

8 Beschreibung der Methoden- und Variablenbereiche

8.1 Gesichtspunkte zur Auswahl, Abfassung und Darstellung der Methoden- und Variablenbereiche

Bereits im Verlauf der ersten Vorbereitungen der vorliegenden empirischen Untersuchungen beschäftigte uns das Problem, welche methodischen Verfahren in welcher Fassung geeignet sein dürften, um die im vorigen Kapitel genannten Variablenbereiche möglichst befriedigend "abzudecken". Die leitenden Gesichtspunkte für die Auswahl und teilweise eigene Entwicklung methodischer Verfahren sollen daher noch vor deren Beschreibung aufgeführt werden. Ebenso soll noch vorausgeschickt werden, auf welchem testtheoretisch relevanten Entwicklungsstand sich die verschiedenen Methodenbereiche innerhalb dieser Darstellung befinden.

Es waren vor allem die folgenden Gesichtspunkte, die bei der Festlegung der Methodenbereiche maßgebend waren:

1. Die Methoden und die mit ihnen erfaßten Variablen sollten hinreichend relevant für die genannten Ziele und Fragestellungen sein (vgl. entsprechende Explikation des Relevanzbegriffs bei PERREZ 1976). Diese Überlegung legt einen breiteren multivariaten Ansatz nahe, der inhaltlich die bereits genannten Variablenbereiche berücksichtigt.
2. Die Datengewinnung sollte möglichst quantifizierbar und objektiv erfolgen können.
3. Die Methoden- und Variablenbereiche in dieser, an LVA-Patienten geplanten Untersuchung sollten zum größten Teil mit den in der Paralleluntersuchung an BfA-Patienten von WELSCH (1979) verwendeten, identisch sein, um interessierende Vergleiche durchführen zu können.
4. Die Methoden- und Variablenbereiche sollten aktuellen, allgemeineren Problemen der kur- bzw. rehabilitationspsychologischen Forschung, wie auch klinikspezifischen Forschungsproblemen gerecht werden.

5. Zu den auf subjektiven Einschätzungen und Beschreibungen beruhenden Daten sollten auf Fremdeinschätzung, besonders von seiten des therapeutischen Personals, beruhende Daten und objektive Kennwerte hinzutreten.
6. Die Methoden- und Variablenbereiche sollten eine gewisse Geeignetheit zur Veränderungsmessung (etwa hinreichende Stabilität der Faktorenstukturen, optimale Intravarianz u.a.; vgl. z.B. FAHRENBERG u.a. 1977), aufweisen.
7. Die Erhebung der Daten sollte noch mit dem Ablauf des Klinikbetriebes und mit den legitimen Erholungs- und Freizeitwünschen der Patienten verträglich sein.

Die oben formulierten Probleme und Fragestellungen sowie die eben genannten Gesichtspunkte legten zunächst einmal eine vierfache Unterscheidung bei der Methoden- und Variablenfindung nahe: Erstens übernahmen wir bestimmte methodische Verfahren, die bereits bekannt und testtheoretisch relativ weit entwickelt sind, unverändert, und zwar - wenn vorhanden - in Kurz- und Wiederholungsfassungen und unter Auswahl einzelner inhaltlich und methodisch geeigneter Skalen. Zweitens übernahmen wir aus solchen Skalen nur interessierende Items, die wir als solche unverändert ließen. Drittens übernahmen wir Skalen und/oder Items aus anderen Verfahren, modifizierten und ergänzten diese jedoch. Viertens nahmen wir methodische Neuentwicklungen vor. Die Zugehörigkeit zu diesen Klassen wird bei der Darstellung der einzelnen Methoden- und Variablenbereiche angegeben. Hier beschränken wir uns nur auf Beispiele. Sie sind gegeben; zu erstens im FPI und BPI, zu zweitens in den SES, zu drittens im EzK und zu viertens im Arzt- und Betreuerin-Einschätzungsbogen und Psychologischen Interview.

Zu möglichst vielen, insbesondere psychologischen Methoden- und Variablenbereichen erschien uns ein abgestufter Beantwortungsmodus geeignet. Dieser ließ einmal Raum für Varianzbildungen und erlaubte aufgrund seiner anzunehmenden Annäherung an ein Intervallskalenniveau eher die Anwendung präzi-

ser statistischer Prüfverfahren. Wir entschieden uns für die vierfache Abstufung in "gar nicht", "etwas", "überwiegend", "sehr".

Andersartige Abstufungen der Antworten, darüber hinaus auch die Polung der Daten, gehen aus den Variablenbeschreibungen (8), faktorenanalytischen Auswertungen zu einzelnen neu- und weiterentwickelten methodischen Verfahren (13.2) und aus der Gesamtvariablenliste (Tab. 1) hervor.

Um eine möglichst übersichtliche, ökonomische und redundanzverringernde Darstellung und Verrechnung der Variablenbereiche zu gewährleisten, nahmen wir - in erster Linie zu den psychologischen Daten - die bei LIKERT-Skalen gebräuchliche Summenbildung aus den Itemmesswerten vor. Diese Summen- und somit Skalenbildungen beruhen, soweit es sich um methodische Verfahren handelt, die von den Testautoren in vollständiger, selektiver oder modifizierter Form übernommen wurden, auf den dort mitgeteilten Zuordnungen, einschließlich der so vorgegebenen Negativpolungen (z.B. der FPI-Itemwerte zu einzelnen FPI-Skalen). Insoweit wir methodische Weiter- und Neuentwicklungen verwendeten, behandelten wir sie,vor allem wenn es sich um psychologische Fragebogenvariablen handelt, ebenfalls als (faktorenanalytisch vorstrukturierte) skalenspezifische Summenwerte. Auf diesem Strukturierungsgrad beschreiben wir die betreffenden - neu- und weiterentwickelten - methodischen Verfahren aber erst in dem Ergebniskapitel über die dazu vorgenommenen dimensions- und itemanalytischen Ergebnisse, da dies ja einen Teil der im Rahmen der empirischen Arbeit zu leistenden statistischen Bearbeitung darstellt. Einstweilen halten wir uns in der Beschreibung weithin an den Bekanntheisgrad der Verfahren, wie er zu Beginn der Untersuchungen bestand, was z.B. bezüglich der von uns neu- und weiterentwickelten Verfahren lediglich eine thematische - und nicht von vornherein dimensionsanalytisch orientierte - Beschreibung nahelegt.

8.2 Darstellung der einzelnen Methoden- und Variablenbereiche

8.2.1 Anamnestischer und Katamnestischer Erhebungsbogen, Psychologisches Interview

Was wir mit diesen drei methodischen Verfahren bezeichnen und beabsichtigen, wird weitgehend durch die - weitgefasste - Definition von Anamnese bei SCHMIDT und KESSLER (1976, S. 13) umschrieben als "... eine Sammlung, Systematisierung und diagnostische Verarbeitung von Informationen

- zum biographischen Hintergrund ("harte Fakten"),
- zu gegenwärtigen und früheren körperlichen Zuständen sowie Verhaltensweisen und Erlebnissen eines Individuums in seinem sozialen Umfeld (unter Berücksichtigung der gestörten und nicht gestörten Komponenten),
- zu den verursachenden,auslösenden, aufrechterhaltenden und beitragenden Bedingungen,
- zu prognostischen Entscheidungen mit oder ohne nachfolgende Maßnahmen".

Wir werden auf die in dieser Definition enthaltenen Aspekte bei der Besprechung der drei Verfahren zurückkommen. Hier soll schon darauf hingewiesen werden, daß wir die genannten Verfahren nur als einen Teil des gesamten diagnostischen Vorgehens betrachten, zumal bei einer Beschränkung auf nur anamnestische Informationen deren Fehlerquellen, wie z.B. spezifische Biases von Interviewer und Patienten, (vgl. z.B. PAYKEL u.a. 1973) noch gewichtiger wirksam werden können.

8.2.1.1 Anamnestischer Erhebungsbogen

Eine entscheidende methodische Grundlage für dieses Verfahren bildete der in der Forschungsgruppe Psychophysiologie Freiburg entwickelte Anamneseerhebungsbogen, der z.B. in der Studie an Herzkreislaufpatienten von MEDERT-DORNSCHEIDT (1975, S. 75, dort auch Anhang II) angewandt wurde. Im Vergleich zu diesem Verfahren nahmen wir einige Modifikationen und Erweiterungen vor, auf die wir eingehen werden. Wie bei MEDERT-DORNSCHEIDT werden auch in dem von uns zusammenge-

stellten anamnestischen Erhebungsbogen (siehe A1)die folgenden Themenbereiche behandelt:

I. Geschlecht und Alter;
II. Wohnverhältnisse;
III. Familienverhältnisse;
IV. Elternhaus;
V. Schule und Ausbildung;
VI. Berufsleben bis zur Zeit des Heilverfahrens;
VII. Lebensgewohnheiten, Erkrankungen, Gesundheitsverhalten

Im einzelnen werden Fragen gestellt zu:

1. Freizeit,
2. Schlafgewohnheiten,
3. Ernährung und Genussmittel,
4. Medikamente, Erkrankungen, Krankenhausaufenthalte, Kuraufenthalte,
5. Rauchen,
6. Allgemeine Lebensführung.

Nicht enthalten sind in dem von uns verwendeten, im Vergleich zu dem bei MEDERT-DORNSCHEIDT eingesetzten Anamnesebogen solche Fragenbereiche, die für Herzkreislaufpatienten spezifisch sind und/oder durch andere unserer methodischen Verfahren erfasst werden. So entfällt in unserem Bogen die Differenzierung des Berufslebens in die Zeit vor und nach der Erkrankung (z.B. dem Infarkt). Außerdem verzichteten wir auf eine ausführlichere anamnestische Erfassung der subjektiven Beanspruchung und der Zufriedenheit im Zusammenhang mit dem Berufsleben, da diese Aspekte durch die Belastungsskalen BFB berücksichtigt werden. Einige Gesichtspunkte nahmen wir in unseren anamnestischen Erhebungsbogen im Vergleich zu der Fassung bei MEDERT-DORNSCHEIDT neu auf. U.a. werden die Schichtarbeit differenzierter festgestellt und verschiedene Gründe für den (eventuellen)Arbeitsplatzwechsel erhoben.

8.2.1.2 Katamnestischer Erhebungsbogen

Auch für diesen Bogen erhielten wir wichtige Anregungen durch Vorlagen der Forschungsgruppe Psychophysiologie, wie sie z.B. in der katamnestischen Untersuchung von Herzkreislaufpatienten verwendet wurden (MEDERT-DORNSCHEIDT und MYRTEK 1977). Ähnlich wie beim Anamnestischen Erhebungsbogen nahmen wir Erweiterungen und Modifikationen, welche besonders die für die Herzkreislaufpatienten spezifischen Fragen betrafen, vor. Der von uns verwendete Katamnestische Erhebungsbogen enthält sodann einmal Themen und Fragen, die mit denen des Anamnestischen Erhebungsbogens korrespondieren und somit erlauben, Veränderungen, insbesondere insoweit sie für den Kurerfolg relevant sind (vgl.z.B. v. FERBER 1976; GÖLLNER 1973; KULPE 1975), zu erfassen. Zum anderen gehen Gesichtspunkte ein, die erst nach dem Heilverfahren bedeutsam wurden, so z.B. die spätere Beurteilung der Kur (vgl. A2). Im einzelnen berücksichtigen wir folgende Fragenbereiche:

I Katamnestische Beurteilung der Kur.
Einschätzung des allgemeinen Nutzens und seines zeitlichen Andauerns;

II Katamnestische Beurteilung der psychologischen Behandlung, Einschätzung des allgemeinen Nutzens und seines zeitlichen Andauerns.
Einschätzung anhand von 5 Einzelaussagen, die als Veränderungsaussagen formuliert und einem Veränderungstest für die klientzentrierte Psychotherapie von MEHNERT (1969; siehe auch Validierungsstudie von ZIELKE 1978) entnommen sind. Dieses methodische Verfahren erfasst einen aus der Therapietheorie der GT abgeleiteten Veränderungsfaktor, der als "Entspannung, Gelassenheit und Optimismus im Erleben und Verhalten" bezeichnet wird (vgl. PLOG 1976; ZIELKE 1978, S. 89);

III Berufsleben nach der Kur
Frage nach Arbeitslosigkeit sowie nach Weiterarbeit an gleicher Arbeitsstelle und gleichem Arbeitsplatz. Im Falle eines Wechsels die gleichen Fragen wie bei Anamnese Nr. 13, 16-18;

IV Lebensgewohnheiten, Gesundheitsverhalten, Erkrankungen.
Im einzelnen werden Fragen gestellt zu
1. Beibehaltung von gesundheitsförderlichen Maßnahmen, die im Heilverfahren erlernt wurden,

2. Freizeit,
3. Ernährung und Genussmittel, Körpergewicht,
4. Medikamente, Erkrankungen, Krankenhausaufenthalte, Konsultation ärztlicher und nichtärztlicher Einrichtungen und Therapeuten,
5. Allgemeine Lebensführung, Zukunftspläne und Zukunftserwartungen.

V. Besondere Ereignisse und Veränderungen (Einstufung wie im Interview, siehe dort).

8.2.1.3 Psychologisches Interview

Dieses methodische Verfahren konzipierten wir als eine in unterschiedlichem Ausmaß strukturierte Gesprächsform mit den einzelnen Patienten (vgl. A3). Allgemein sollen mit dem Interview bestimmte Variablenbereiche auf bisher vielleicht unzureichend berücksichtigte und somit neue Aspekte und Informationen hin erkundet werden. Zum anderen soll dieses methodische Verfahren dem Arzt und/oder Psychologen und dem Patienten helfen, bestimmte Probleme und Belastungen, vor allem psychosozialer Art, deutlicher wahrzunehmen und ggfs. die Motivation und Entscheidung für weitere, insbesondere auch psychologisch-therapeutische Maßnahmen zu beeinflussen. Es soll also auch als Indikationshilfe fungieren. Um eine quantitative Erfassung der Antworten zu gewährleisten, wird ein Großteil derselben anhand einer Skalierung von 1 bis 5 eingestuft, die etwa den Verbalverankerungen "gar nicht", "etwas", "ziemlich", "überwiegend" und "sehr" entspricht. Dabei erfolgen die Einschätzungen entweder durch den Patienten selbst oder durch den Interviewer. Zum geringeren Teil werden auch Häufigkeitsangaben und Nominaldaten (z.B. Auftreten oder Nichtauftreten bestimmter inhaltlicher Kategorien zu den Kindheitserinnerungen) erhoben.

Folgende Themenbereiche werden mit dem Psychologischen Interview angesprochen, auf die wir anschließend etwas näher eingehen, da dieses von uns neu entwickelt wurde:

I. Modus der Ingangsetzung des Heilverfahrens und die damit verbundenen motivationalen Aspekte beim Patienten;

II. Sorgen um Familie und Arbeitsplatz (im Zusammenhang mit der kurbedingten Abwesenheit);

III. Besondere Ereignisse und Veränderungen in den letzten beiden Jahren ("life events") vor dem Heilverfahren;

IV. "Soziopsychosomatische" Eigenwahrnehmung des Patienten;

V. Frühe Kindheitserinnerungen (FE);

VI. Selbsteinschätzungen des Patienten;

VII. Bewertung des Nutzens der psychologischen Untersuchung;

VIII. Einschätzungen des Patienten durch den Interviewer.

Zu I.: Eingangs wird der Patient nach seinen Beschwerden gefragt und um eine (freie) Schilderung zum Modus der Heilverfahrensingangsetzung, insbesondere zu den von ihm unternommenen Schritten, gebeten. Die Frage danach, wann er etwas unternommen habe, zur Kur zu kommen und Einschätzungen des Patienten daraufhin, wie anstrengend dies für ihn war (durch den Patienten selbst) und inwieweit eher eine Eigen- oder Fremdinitiative zugrundelag (durch den Interviewer aufgrund der Patientenschilderung), schließen sich an. Diese Fragen haben nicht nur die Funktion, den Patienten auf eine zunächst eher konventionell-lockernde Weise anzusprechen und "aufzuwärmen", sondern auch, motivationsrelevante Hinweise, insbesondere etwa hinsichtlich der Selbst- oder Fremdsteuerung bei der Kurbeantragung, und in bezug auf die späteren Einschätzungen durch den Interviewer zu erbringen.

Zu II.: Die entsprechenden Fragen bezwecken zweierlei: Sie sollen erstens klären helfen, inwieweit sich der Patient in beruflicher und familienbezogener Hinsicht aktuell belastet fühlt, zumal er für vier Wochen von seiner Familie und (inkl. Nachkur) für etwa sechs Wochen von seinem Arbeitsplatz entfernt ist. Z.B. könnten Patienten darüber besorgt sein, inwieweit sie durch ihre Abwesenheit ihren Arbeitsplatz gefährden und dadurch nur schwer zu der von der Klinik angestrebten Umstellung zu einer gelassenen Haltung finden (vgl. HÖFT 1976, S. 2,3). Zweitens sollen sie Anhaltspunkte für die abschließende Interviewereinschätzung, in diesem Zusammenhang besonders zum Ausmaß der Belastung und zu Verarbeitungsweisen des Patienten (z.B. Selbstexploration) erbringen.

Zu III: Angegangen werden Auftreten und subjektive Bedeutung besonderer Ereignisse und Veränderungen beim Patienten und seiner näheren Umwelt in den letzten beiden Jahren vor der Kur. Erfragt werden die Bereiche "Familie", "Beruf", "Gesundheit", "wirtschaftlicher und finanzieller Bereich" sowie "Sonstiges". Insoweit entsprechende Ereignisse auftraten, wird der Patient um ihre Einschätzung auf den Dimensionen angenehm vs. unangenehm und Freude vs. Ärger einerseits und keine Belastung vs. große Belastung andererseits gebeten. Mit diesen beiden Dimensionen sollen subjektive Be-

deutungen insofern erfasst werden, als manche Lebensereignisse und -veränderungen zwar mit angenehmen Gefühlen und Bewertungen verbunden sind, sich aber nichtsdestoweniger zunehmend als belastend herausstellen, oder auch umgekehrte Verhältnisse eintreten können.

Dieser Teil des Interviews knüpft an die sog. "life-event"-Forschung an (vgl. z.B. RAHE 1975; siehe auch HURST u.a. 1978; RAHE und ARTHUR 1978). Entsprechend den Annahmen dieses Ansatzes wollen wir hier - nur erste - Hinweise darüber finden, inwieweit life-events auch bei Patienten, vorwiegend mit psychovegetativen Störungen, einen Einfluß auf Störungen und Erkrankungen haben.

Zu IV.: Dieser Teil des Interviews knüpft einmal am Begriff der"Psychosomatik"an, der eine Betrachtungsweise kennzeichnet, die sich im Sinne eines Theorien- und Methodenpluralismus um die Klärung der Krankheitsgenese bemüht und hierbei v.a. sozial-interpersonelle Beziehungen und die sich hieraus ergebenden Konflikte und Belastungen als Teilursachen psychosomatischer Störungen berücksichtigt (vgl. BERBALK 1978; BLOHMKE 1976; DELIUS 1975b; LEVI 1978; LUBAN-PLOZZA und PÖLDINGER 1977; S.23-26; MITSCHERLICH 1956). Zum anderen steht der Teil IV in Beziehung zu dem Begriff der sog.Alexithymie, der das Unvermögen bzw. die mangelnde Fähigkeit zur emotionalen Ressonanz, zur Mitteilung innerer Erlebnisse und Wahrnehmungen von Gefühlen bezeichnet. Eine solche alexithymische Störung soll sich insbesondere bei psychosomatischen Patienten finden (vgl. z.B. LUBAN-PLOZZA und PÖLDINGER 1977, S. 20) und sie auch vom Sprachverhalten von ausgeprägten Neurotikern unterscheiden (vgl. z.B. SHANDS 1975 , S. 275-278; kritisch CREMERIUS 1977, 1978). Der Begriff der Alexithymie spielt innerhalb der psychodynamisch-psychoanalytisch orientierten psychosomatischen Pathogenesemodelle eine Rolle (SIFNEOS 1973); auch ist er in den Beiträgen der französischen psychosomatischen Schule im Zusammenhang mit dem "Pensée opératoire" (MARTY, M'UZAN 1964) von Bedeutung. Nach FREYBERGER (1976) dispo-

niert Alexithymie sogar zum Auftreten psychosomatischer Störungen. Allerdings ist der Begriff theoretisch und methodisch durchaus umstritten (vgl. z.B. CREMERIUS 1977, 1978; v.FERBER 1972). Unabhängig von der Frage nach der genaueren Bedeutung von Alexithymie ist komplementär dazu die Wahrnehmung eigener Gefühle und innerer Erlebnisse ein wichtiges Anliegen einiger psychotherapeutisch-psychosomatischer Konzepte (z.B. MENTZEL 1969; STEPHANOS 1973, 1976) und darüber hinaus eine bemerkenswerte "Patientenvariable" in der Forschung zur Psychotherapie, insbesondere zu der personzentrierten und erlebnisorientierten Richtung. Einstweilen behalten wir den Aspekt der psychosoziomatischen Eigenwahrnehmung bei und sehen deren Bezug zu eher neurotischen oder/und psychosomatischen Beschwerden und zu Krankheitskonzepten der Patienten als wichtiges Vorgehen an, auf die Beschwerdennennungen des Patienten Bezug zu nehmen, ihn um die Schilderung dazugehöriger situativer Kontexte zu bitten und durch den Interviewer das Ausmaß an wahrgenommenen emotional-sozialen Zusammenhängen einzuschätzen.

Zu V.: Der Patient wird um die Darlegung von - möglichst drei - Kindheitserlebnissen gebeten. Deren Analyse ist ein zentraler Bestandteil etwa der individualpsychologischen Therapie (vgl. z.B. ADLER 1937; BRODSKY 1952; ECKSTEIN u.a. 1975). Allerdings fehlen hier noch weitgehend systematische Untersuchungen über den Zusammenhang von frühen Kindheitserinnerungen und beispielsweise bestimmten Störungen und Krankheiten (vgl. TITZE 1977a). Wichtig ist, daß mit den frühen Kindheitserinnerungen Meinungen zum Ausdruck kommen, die die Person über sich selbst, über andere Menschen und über die Welt gebildet hat. Die Formulierung eines dabei manifestierten "Lebensstils" kann sodann erst in Zusammenarbeit mit dem Patienten erfolgen. Und die inhaltsanalytisch orientierte Auswertung, etwa anhand bestimmter Kategorien, leidet darunter, daß hierbei Bezugssysteme von

"außen herangetragen" werden, deren Kongruenz mit der subjektiven Bedeutung und Wertigkeit auf der Seite des Patienten unklar bleibt (TITZE 1977b). Daher erscheint es uns wichtig, primär die Patienten selbst anhand von möglichst "patientnahen" Dimensionen Bewertungen ihrer Kindheit zum Ausdruck bringen zu lassen. Geeignet sind u.E. die Dimensionen glücklich vs. unglücklich, gerecht vs. ungerecht und streng vs. nicht streng mit dem bekannten 5-stufigen Rating. Zum Teil spielen sie auch eine Rolle in Forschungen zum (vom Kind) perzipierten elterlichen Erziehungsstil (vgl. STAPF u.a. 1972), welche darüber hinaus eine inhaltsanalytische Auswertung, auch der genannten Kindheitserinnerungen u.a. anhand der Kategorien "Strenge" und "Unterstützung", nahelegen. Weitere Hinweise zur Auswertung ergeben sich aus der Bedeutung früher Bezugspersonen, insbesondere in psychoanalytischer und tiefenpsychologischer, hier vor allem individualpsychologischer Hinsicht. Kategorien, die hiernach eine besondere Ableitungsrelevanz erhalten, sind sodann etwa die Erwähnung von"Mutter", "Vater" oder "anderer Bezugspersonen", das damit verknüpfte Vorkommen von Themen wie "Strenge" und "Unterstützung" sowie "Konflikt" (der Bezugspersonen untereinander). Weitere Themen zur Auswertung sind sodann - ohne direkte Bezugnahme auf Bezugspersonen geäußert - "Strafe", "Trennung", "Unfall-Tod-Katastrophe-Krankheit", "eigene Aggression", "eigene Aktivität vs. Passivität", dann das Vorkommen von "Entbehrung und Einschränkung", Erwähnung von "Geschwistern mit eher positiver, negativer oder neutraler Tönung" und die "affektive Gesamttönung der frühen Kindheit" (positiv, negativ, neutral). Außerdem kommen Gesamtzahl der frühen Kindheitserinnerungen und ihre Häufigkeiten, bezogen auf die Altersstufen 1 bis 5, 6 bis 14 und über 14 Jahre, zur Ablochung. Eine erste Häufigkeitsauszählung ergab, daß die Kategorien "Unterstützung", "Verwöhnung", "Vernachlässigung", "Trennung", "Strafe" und "neutral" in bezug auf "Mutter" und die gleichen Kategorien in bezug auf "Vater" und "andere Bezugspersonen" sowie die gefühlsmäßige Bedeutung der Geschwister zu geringe Häufigkei-

ten bzw. sehr ungleiche Besetzungen aufwiesen, so daß diese nicht in die weitere Auswertung eingehen. So verbleiben zur Auswertung noch: Gesamt- und altersbezogene Häufigkeit von Kindheitserinnerungen, das Vorkommen von "Mutter", "Vater", "Strenge in Verbindung mit Mutter" und "Vater", "Unterstützung in Verbindung mit Vater", "Konflikt der frühen Bezugspersonen untereinander", "Strafe ohne direkten Bezug auf frühe Bezugspersonen", dasselbe für "Trennung" und "Unfall, Tod, Katastrophe, Krankheit", außerdem die Kategorien "eigene Aggression", "eigene Aktivität, Passivität oder neutrale Angabe", "Entbehrung, Einschränkung" sowie "Geschwister".

Zu VI.: Dieser Bereich bezieht sich auf das Verhältnis des Patienten zu seinem eigenen Selbst. Klinische Beobachtungen und Annahmen zur Psychodynamik bei psychosomatisch-psychovegetativen Störungen gehen u.a. dahin, daß die davon betroffenen Personen ein hochgepsanntes Ich-Ideal haben, das häufig zur Quelle für verschiedene, oftmals körperlich manifestierte Spannungs- und Beunruhigungszustände werden soll (so z.B. MENTZEL 1976, S. 262). Um hierzu gewisse weitere Anhaltspunkte zu gewinnen, werden die Patienten gebeten, sich daraufhin einzuschätzen, inwieweit sie mit sich selbst zufrieden sind und sich als ehrgeizig ansehen.

Zu VII.: Es scheint uns im Hinblick besonders auf die Krankheitskonzepte, Behandlungsvorstellungen und -einstellungen der Patienten wichtig, etwas über ihre Gefühle und Bewertungen zu der gesamten psychologischen Untersuchungsprozedur zu erfahren.

Zu VIII.: Die Eindrücke des Interviewers sind einmal von Bedeutung, um zu wichtigen unmittelbar klinikrelevanten Fragen des Interviews, wie etwa zu Belastetheit und Indikation zusätzlicher psychotherapeutischer Hilfen, Aufschluß zu erhalten und um empirisch-theoretisch relevante Hypothesen zu gewinnen. Zum anderen sind sie in Verbindung mit dem Interaktionsverhalten des Interviewers und den hier

wirksamen emotionalen Reaktionen, einschließlich der sogenannten Gegenübertragung (vgl. SANDLER u.a. 1973, S. 57-65), der Vorurteile, Wertpräferenzen, Zuneigungen und Abneigungen, beachtliche Kodeterminanten für manche Ergebnisse des Interviews und bedürfen so einer Analyse auf systematische Beziehungen mit anderen Variablen. Im einzelnen betrifft die Einschätzung durch den Interviewer sodann die folgenden Themen bzw. Dimensionen: Klagsamkeit: Sie ist als ein häufig beobachtetes Merkmal bei psychovegetativen Störungen von Interesse (vgl. JORES 1973).
Mitteilsamkeit: Hierbei interessiert u.a. deren Abhängigkeit von mehr oder weniger angstbesetzten Themen, weshalb wir die Unterscheidung zwischen "Beruf, Soziales" und "Familie, Intimes" treffen.
Sympathie: Das mehr oder weniger gegebene Ausmaß an Sympathie für den Patienten kann für diesen eine entsprechend unterschiedliche soziale Verstärkung bedeuten (vgl. z.B. FIEDLER 1974).
Selbstexploration: Ihre Bedeutung ergibt sich aus der klientzentrierten Therapieforschung (vgl. z.B. TAUSCH und TAUSCH 1978, S. 1915-1925), außerdem auch im Zusammenhang mit Konstrukten aus der psychosomatischen Krankheitslehre wie Alexithymie u.ä..
Angstlichkeit: Hierzu spielt insbesondere die Anregung des Chefarztes der Buchinger Kurklinik, Dr. HÖFT, eine Rolle, der der Angst bei psychovegetativ gestörten Patienten eine erhebliche Bedeutung beimißt, die etwas dem Angstfaktor bei CATTELL (1973, S. 110) ähnelt und in Verhaltensmerkmalen, wie z.B. stärkerer Neigung zuzustimmen und Schwächen einzugestehen, größerer Empfindlichkeit gegenüber Störungen, mangelnder Zuversicht bezüglich eigener Fähigkeiten, zum Ausdruck kommt.
Belastung: Hier ist hauptsächlich an psychische und psychosoziale Belastungen im Zusammenhang mit wichtigen Lebensbereichen, wie Ehe, Familie, Partnerschaft, Beruf usw. gedacht. Ihr Ausmaß ungefähr einzuschätzen, war wichtig, um für die betroffenen Patienten ggfs. zusätzliche psychothe-

rapeutische Kurmaßnahmen bzw. psychologische Behandlungsmaßnahmen zu verwirklichen und um in methodologischer Hinsicht zwei vergleichbare Gruppen von "belastend wirkenden Patienten mit zusätzlicher psychologischer Behandlung" und "belastend wirkenden Patienten ohne zusätzliche psychologische Behandlung" zu gewinnen.

Besondere Auffälligkeiten und Ereignisse während des Gesprächs wurden in Anbetracht des betont explorativen Charakters ebenfalls notiert. Ihrer mangelnden Systematisierung wegen werden sie aber nicht in die quantifizierenden Auswertungen einbezogen.

8.2.2 Methodische Verfahren zur Erfassung subjektiver Einstellungen, Erwartungen und Bewertungen der Patienten in bezug auf Heilmaßnahmen

In den Darlegungen des theoretischen Teils wurde bereits deutlich, daß subjektiven Einstellungen, Erwartungen und Bewertungen der Patienten in bezug auf Heilmaßnahmen eine nicht unerhebliche Rolle für die Effizienz des Heilverfahrens (Mitarbeitsbereitschaft; "objektive" Kurerfolgsmerkmale u.a.) zugeschrieben wird (vgl. z.B. ANTONS-BRANDI 1973a, 1973b; BÖCK 1975; FRIEDRICH 1974; NITSCH 1975). Gleichwohl kommt diesen subjektiven, prospektiven Stellungnahmen der Patienten, nicht zuletzt im Rahmen eines stärker sozialehtisch verankerten Konzepts der Kur, eine eigenständige und legitime Bedeutung zu (vgl. z.B. v.FERBER 1976; KULPE 1975). Alle diese Überlegungen sind aber bisher noch kaum theoretisch und methodologisch aufgearbeitet worden (Ansätze z.B. bei KASL 1975; WEINSTEIN 1978). Auch bezüglich der Einstellungen und Erwartungen, ebenso Beurteilungen, gegenüber stationären Rehabilitationsmaßnahmen ist bisher ein Stadium einfacher deskriptiver Analysen erst eingetreten (Ansätze z.B. von BÖCK 1975; auch SCHABACKER und ASCHOFF 1976). Da ein unter ökonomischen und methodischen Gesichtspunkten geeignet erscheinendes Messinstrument zur Erfassung von Einstellungen und Erwartungen

von Patienten zu einem Heilverfahren und ein ebenso geeignetes methodisches Verfahren zur subjektiven Einschätzung der Kureffizienz (am Ende des Heilverfahrens) bisher nicht vorliegen, entschlossen wir uns zu den folgenden Weiter- bzw. Neuentwicklungen.

8.2.2.1 Fragebogen Einstellung zur Kur EzK

Auswahl und Formulierung der Items erfolgten in enger Anlehnung an einen Fragebogen von BÖCK (1975), welcher an insgesamt 558 Patienten aus verschiedenen LVA-Kurkliniken eingesetzt wurde, teilweise auch unter Berücksichtigung eines "EzK" von DANKO und DINSE (beide 1977). Der für die vorliegende Untersuchung erstellte Fragebogen besteht aus insgesamt 33 Items, die sich auf folgende Fragenbereiche beziehen:

- Aus welchen Gründen hat der Patient ein Heilverfahren beantragt? (8 Items; die Formulierungen der Items 1-7 wurden von BÖCK übernommen).
- Welche konkreten Maßnahmen erwartet der Patient während des Heilverfahrens? (9 Items; Item 1,2 und 4-9 von BÖCK).
- Wie schätzt der Patient die Wirksamkeit verschiedener Teilaspekte eines Heilverfahrens ein? (11 Items ausschließlich von BÖCK).
- Was denkt der Patient allgemein über die Wirksamkeit eines Heilverfahrens. (5 Items von WELSCH und Verf.)

Während der von BÖCK konzipierte Fragebogen in multiple-choice Form zu beantworten ist (vgl. BÖCK 1975, S. 141 ff.), wurde der hier verwendete Fragebogen so angelegt, daß die Patienten zu jedem Item auf einer 4-Punkte Skala ("gar nicht", "etwas", "ziemlich", "sehr") Stellung beziehen sollen (vgl. A4).

8.2.2.2 Fragebogen Beurteilung der Kur BdK

Wie bereits erwähnt, sollen die Patienten anhand dieses Fragebogens am Ende des Heilverfahrens ihre subjektive Einschätzung über dessen Wirksamkeit zum Ausdruck bringen (vgl. A5).
Dabei beziehen sich 20 der insgesamt 37 Items auf die Frage der Wirksamkeit einzelner konkreter Maßnahmen oder Behandlungen sowie allgemeiner Bedingungen des Heilverfahrens. 17 Items fragen nach dem subjektiv empfundenen Effekt bzw. Erfolg und der allgemeinen Zufriedenheit der Patienten. Inhaltlich ist der Fragebogen also so konzipiert, daß die Patienten im Rückblick zu den gleichen Maßnahmen (z.B. Bäder, Massagen, psychologische Beratung und Behandlung) eine Beurteilung abgeben sollen, zu welchen sie bereits im Fragebogen EzK ihre Einstellungen und Erwartungen mitgeteilt haben.
Die Items sind auch hier jeweils auf einer vierstufigen Skala (wie EzK) zu beantworten, mit Ausnahme der letzten beiden Fragen, die in offener Form (open-end) gestellt sind. (Da diese nur von wenigen Patienten beantwortet wurden, gehen sie nicht in die statistische Auswertung ein). Der BdK-Bogen wurde weitgehend durch uns entwickelt.

8.2.3 Fragebogen zur Erfassung subjektiver Krankheitskonzepte und Behandlungsvorstellungen KKB

Unter dem Thema der sozialpsychologisch relevanten Umfeldbedingungen, die bei Planung, Verwirklichung und Erforschung psychotherapeutischer Rehabilitationsmaßnahmen zu berücksichtigen sind, haben wir auch die subjektiv-naiven Vorstellungen von Patienten über die Genese ihrer Beschwerden und deren Behandlung besprochen. Wir verweisen darauf und nennen hier lediglich Gesichtspunkte, die die Bedeutung jener "Krankheitskonzepte" umreißen: die häufig beobachteten Diskrepanzen zwischen Laienvorstellungen und denen der "Professionellen" einschließlich der daraus erwachsenden Konsequenzen, wie Behandlungsabbrüchen u.ä.; der Zusam-

menhang der Krankheitskonzepte mit "Hintergrundvariablen", wie Arbeitsplatz, soziale Schicht u.a. einerseits, sowie mit Gesundheitsverhalten (z.B. Selbstmedikation), Einstellung zu Behandlungsmaßnahmen u.a. andererseits; die Notwendigkeit, Laienvorstellungen bei Kurpatienten mit psychovegetativen Störungen, ihren Zusammenhang mit gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen sowie ihre Veränderung in Abhängigkeit von stationären Heilmaßnahmen zu untersuchen (vgl. z.B. DOUBRAWA 1976c; v.FERBER 1972; MENTZEL und MENTZEL 1977; v. TROSCHKE 1978).

Zur Erfassung der Krankheitskonzepte und Behandlungsvorstellungen bei den von uns untersuchten Personen schien uns der methodische Ansatz von PLAUM (1968) und SCHEER und MOELLER (1976) eine geeignete Grundlage darzustellen. Wir wählten aus den dort zur Beschreibung der Laienvorstellungen von Patienten einer psychosomatischen Poliklinik und Studenten einer Studentischen Beratungsstelle verwendeten Items insgesamt 22 aus (Fragebogenexemplar siehe A6). Diese decken die bei SCHEER und MOELLER auf Q-faktorenanalytischer Basis gewonnenen Krankheitskonzepte ab (siehe 4.2.2.4). Die meisten Items haben wir wörtlich von den Autoren übernommen. Nur einige wenige haben wir im Hinblick auf die von uns untersuchten Stichproben etwas umformuliert. Sie werden in der folgenden Übersicht entsprechend gekennzeichnet. In dieser Übersicht geben wir die Nummern der Items bei SCHEER und MOELLER (1976) und in der von uns verwendeten 22-Item-Form, die Prozentränge der Items bei den dort genannten Stichproben und die Korrelationen mit den 3 Q-Faktoren an, soweit entsprechende Angaben gemacht wurden.

Vorstellungen zur Genese der Beschwerden

Item-Nr. in dem Fragebogen n.SCHEER u.MOELLER(1976)	Item-Nr. in dem von uns verwendeten Fragebogen KKB	Studentische Ptn		Psychosom. Poliklin.Ptn		Signif.Korrelationen mit jeweils einem der 3 Q-Faktoren bzw. Krankheitskonzepte		
		% mit eher bejah. Antw.	Rangplatz	% mit eher bejah. Antw.	Rangplatz	F.1 Stressbezogen vs.psychologisch	F.2 Körperbezogen vs. identitätsbezogen	F.3 Partnerbezogen vs. asthenisch
10	I.1	29	13	60	2	.23		
23	2							
4	3	79	1	57	3,5	-.34		-.26
16	4x					.34	-.40	-.36
19	5	31	11,5	57	3,5	.30		-.30
7	6	59	5	70	1			-.64
14	7	63	4	30	11	.39		.25
17	8	74	2	53	5,5	-.64		
22	9xx							
26	10					-.28		.29
15	11	26	14	53	5,5			
2o	12	6	18	40	9			

Behandlungserwartungen (Spalten wie bei Vorstellungen zur Genese der Beschwerden)

5	II.1	29	13	80	1	.38	.35	
18	2	27	1	73	3	-.47		.37
2	3	50	9	20	16,5		-.27	-.39
4	4	55	8	67	5	.26	.33	
1	5xxx	10	16	47	9	.38	.33	
11	6	89	2	76	2	-.23		
8	7xxxx	9	17	16	18	.23		
16	8	26	14	60	6	.28	.54	
14	9	87	3	70	4	-.54	-.35	-.26
15	10	30	12	20	16,5			

x Formulierung bei SCHEER und MOELLER: "Überlastung im Studium"
Formulierung in dem von uns verwendeten Fragebogen KKB: "Überlastung in der Arbeit"

xx Formulierung bei SCHEER und MOELLER: "Zweifeln, ob Sie in Ihrem zukünftigen Beruf zufrieden sein werden"
Formulierung in dem von uns verwendeten Fragebogen KKB: "Unzufriedenheit im Beruf"

xxx Formulierung bei SCHEER und MOELLER: "Ihnen vorschlägt, sich mehr zu schonen"
Formulierung in dem von uns verwendeten Fragebogen KKB: "...dafür sorgt, daß Sie sich erholen können"

xxxx Formulierung bei SCHEER und MOELLER: "Ihnen ein Attest ausstellt, daß Sie gegenwärtig nicht für Ihr Studium arbeiten können"
Formulierung in dem von uns verwendeten Fragebogen KKB: "Ihnen bescheinigt, daß Sie arbeitsunfähig sind"

8.2.4 Fragebogen Hypochondrie und Gesundheitsverhalten HG

Mit Hilfe dieses Fragebogens sollen die Aspekte der Risikovermeidung, des Mißtrauens gegenüber ärztlicher Behandlung und eigene Körperreaktionen sowie deren überbesorgten Beachtung erfaßt werden.

Der Fragebogen wurde in der Forschungsgruppe Psychophysiologie entwickelt und zum ersten Mal von MEDERT-DORNSCHEIDT (1975) an Herz-Kreislauf-Patienten bei einer klinischen Stichprobe getestet und revidiert.

Die fehlenden oder nur geringen Korrelationen der Ergebnisse des HG mit anderen Fragebogen (z.B. FPI, FBL) sowie mit den geklagten Beschwerden der Patienten jener Untersuchung waren u.a. Anlaß dazu, den Fragebogen zu überarbeiten und zu erweitern (FÜRDERER 1976).

Die neue Form des HG enthält 91 Items, die alternativ in den Kategorien "stimmt" und "stimmt nicht" zu beantworten sind. Auch diese Fassung wurde Herz-Kreislauf-Patienten (N=161) zur Beantwortung vorgelegt. Die faktorenanalytische Auswertung der Fragebogenergebnisse ließ zwei Faktorenlösungen sinnvoll erscheinen: eine 8-Faktoren-Lösung und eine 4-Faktoren-Lösung. Für die Anzahl der zu extrahierenden Faktoren waren eher inhaltliche, theoriengeleitete als statistische Kriterien ausschlaggebend (vgl. FÜRDERER 1976, S. 160 ff.).

Bei der Auswahl der Items für den in der vorliegenden Untersuchung verwendeten Fragebogen orientierten wir uns an der 4-Faktoren-Lösung, die folgende Dimensionen erfaßt:

I. Strikte Risikovermeidung bezüglich körperlicher Gefährdung,
II. Mißtrauen gegenüber Ärzten und Therapien
III. Mißtrauen gegenüber dem eigenen Körper
IV. Starke Beachtung von Krankheitsanzeichen

Für unsere Zwecke gnügten diese Dimensionen, um das Konzept "hypochondrische Einstellung" zu beschreiben. Auch schien uns - dem Prinzip der Ökonomie folgend - eine gekürzte Fas-

sung des Fragebogens ausreichend. So ist in der hier verwendeten Fassung (siehe A7) jede der vier Skalen durch 3 Items repräsentiert, so daß der Fragebogen auf 12 Items reduziert wurde. Ausschlaggebend für die Itemauswahl waren die Faktorenladungen und die Trennschärfekoeffizienten.

8.2.5 Inventare zur Erfassung von Persönlichkeitsvariablen

Die Einbeziehung persönlichkeitspsychologischer Variablen- und Methodenbereiche kennzeichnet schon seit Jahren einen Teil der rehabilitations- bzw. kurpsychologischen Forschung. Dabei bestehen vorrangige Anliegen einmal darin, eine möglichst multivariate Beschreibung von Kurpatienten, z.T. im Vergleich zu Kontrollgruppen, zu leisten und hierbei Zusammenhänge zwischen relativ stabilen Persönlichkeitseigenschaften und anderen wichtigen Variablen, wie z.B. Beschwerden und/oder medizinischen-objektiven Kennwerten aufzuklären.Dabei ist noch nicht befriedigend geklärt, welches Gewicht solche Eigenschaften einnehmen, um die Ausprägungen von Kurerfolgsmerkmalen vorauszusagen; die Befunde dazu sind nicht ganz konsistent. Auf der anderen Seite wird der Akzent auf die "state"-Komponenten gelegt, wobei Veränderungen in Persönlichkeitsdimensionen in Abhängigkeit von Rehabilitationsmaßnahmen untersucht werden (vgl. z.B. ANTONS 1972; DINSE 1977; DOUBRAWA 1977; FERSCHING 1976; FERSCHING und KURY 1979; HALLWACHS 1975; HOLZHEUER 1970; MEDERT-DORNSCHEIDT 1975; MEDERT-DORNSCHEIDT und MYRTEK 1977; MYRTEK 1975; PINNO 1972; POHLMEIER 1973; SAUER und SCHNETZER 1978; speziell zur Frage der Stabilität z.B. HAMPEL 1978).

Zur"Operationalisierung" der Persönlichkeitsvariablen erschien uns das Freiburger Persönlichkeits-Inventar FPI von FAHRENBERG u.a. (1978a) und außerdem das - speziell an Kurpatienten entwickelte - Buchinger Persönlichkeits-Inventar BPI von KURY (1974) geeignet.

8.2.5.1 Freiburger Persönlichkeits-Inventar FPI

Auf eine nähere Beschreibung des FPI kann hier wegen des hohen Bekanntheitsgrades des Fragebogens verzichtet werden.

In unserer Untersuchung sollen nicht alle 12 Skalen des FPI sondern lediglich folgende 4 Skalen der Halbform A zur Anwendung kommen:

FPI 2 Aggressivität (13 Items)
FPI 9 Offenheit (14 Items)
FPI E Extraversion (10 + 2 Items)
FPI N Emotionale Labilität (11 + 1 Items)
(Skalenbeschreibung siehe FAHRENBERG u.a. 1978a).

Mit dieser Selektion zielten wir darauf ab, einen möglichst breiten Eigenschaftsfächer mit möglichst wenigen Items abzudecken (A8). Dazu haben wir uns darauf beschränkt, die Skalen mit der geringsten Interkorrelation auszuwählen.

8.2.5.2 Buchinger Persönlichkeits-Inventar BPI

Bei dem BPI handelt es sich um einen mehrdimensionalen Persönlichkeitsfragebogen, der in Zusammenarbeit mit der LVA-Kurklinik Buching/Allgäu von KURY (1974) am Psychologischen Institut der Universität Freiburg entwickelt wurde. Das BPI enthält solche Dimensionen, "deren psychodiagnostische Aufhellung für die Effizienz von Kuraufenthalten" (KURY 1974, S. 4) von entsprechenden Fachärzten als wichtig angesehen wird. Die vorliegende Endform des Inventars enthält 101 Items, die in der Ich-Form formuliert sind und mit "stimmt" oder "stimmt nicht" beantwortet werden. Mehrere Faktorenanalysen ermöglichten die Interpretation folgender Dimensionen: 1. Depressivität (bedrückt, teilnahmslos - zufrieden, optimistisch), 2. Gehemmtheit (gehemmt, unsicher, schüchtern - selbstbewußt, kontaktfähig), 3. Nervosität (psychosomatisch gestört, ruhelos - psychosomatisch nicht gestört, ruhig), 4. Erregbarkeit (reizbar, leicht mißgestimmt - kontrolliert, stumpf), 5. Intimbereich (gehemmt im sexuellen

Bereich, konfliktbesetzt - normales Interesse an sexuellen Beziehungen), 6.Lügentendenz (unkritisch, Simulationstendenz - selbstkritisch, offen).

KURY (1974) berichtet Halbierungsreliabilitäten zwischen r = .80 bis .89 und - validitätsrelevante - minderungskorrigierte Koeffizienten zwischen übereinstimmend benannten Skalen des BPI, FPI und MMPI zwischen r = .74 und .88. Diskriminanzanalytisch erwies sich das BPI als valide beim Vergleich zwischen neurotisch und psychotisch depressiven ($p = .02$) und normalen und depressiven Vpn ($p \leqslant .001$).

8.2.6 Freiburger Beschwerdenliste FBL

Daß dem Beschwerdegeschehen, wie es von Personen subjektiv erlebt wird, eine große Beachtung im Kontext stationärer Heilmaßnahmen zuteil wird, zumal in Arbeiten über Patienten mit psychovegetativen Störungen, ist in der medizinischen wie psychologischen Literatur zur Kur- und Rehabilitationsforschung immer wieder zu beobachten. Wie bei einer Reihe anderer Variablen besteht die Problemstellung vor allem darin, interindividuelle Unterschiede bzw. Gemeinsamkeiten zu beschreiben und hierbei auch klassifikatorische Zuordnungen zu treffen (z.B. anhand vorwiegend "somatischer" oder "psychischer" Beschwerden) sowie - teilweise in Abhängigkeit von verschiedenen Behandlungsmethoden - Veränderungen in den subjektiven Beschwerden wie auch den Zusammenhang mit Änderungen objektiver Daten zu untersuchen und geeignete Auswertungsverfahren zu entwickeln (vgl. z.B. DANKO 1977; DINSE 1977; FAHRENBERG 1975; FAHRENBERG u.a. 1977; FERSCHING und KURY 1979; MAGYAROSY 1977; MEDERT-DORNSCHEIDT 1977; WELSCH 1980).

Zur Erfassung des subjektiven Beschwerdengeschehens entschieden wir uns für die Freiburger Beschwerdenliste FBL von FAHRENBERG (1975). In dieser Liste wird nach der Häufigkeit von insgesamt 78 Beschwerden gefragt,die sich auf

verschiedene Körperfunktionen und Organe sowie auf das Allgemeinbefinden beziehen.
Die Items sind in 11 Skalen zusammengefaßt und werden auf einer fünfstufigen Schätzskala beantwortet, wobei die Beschwerdenhäufigkeit in den letzten 12 Monaten interessiert. Zur näheren Beschreibung verweisen wir auf FAHRENBERG (1975, S. 1ff.).
Aus den 11 Skalen haben wir für unsere Längsschnittuntersuchung die Skala "FBL 1 Allgemeinbefinden" der FBL-Gesamtform, die 8 Items umfaßt, ausgewählt.
Gefragt wird in diesem Zusammenhang nach körperlichen Vorgängen und Beschwerden während der letzten 4 Wochen. Dabei wurden folgende Verankerungen gewählt:
"fast täglich"
"etwa 3x in der Woche"
"etwa 1x in der Woche"
"etwa 1x in 4 Wochen"
"nie" (siehe A10).

8.2.7 Adjektiv-Skalen zur Einschätzung der Stimmung SES

Das Stimmungsgeschehen und das (subjektive) Befinden lassen in zahlreichen medizinischen und psychologischen Studien zu Verlauf und Effizienz von stationären Heilmaßnahmen positive Veränderungen erkennen (vgl. z.B. FERSCHING und KURY 1979; MAGYAROSI 1977). Wir bezogen daher entsprechende Variablen in unsere Variablenliste ein. Als Grundlage hierfür erschienen uns vor allem die Skalen zur Einschätzung der Stimmung SES von HAMPEL (1971, 1977), außerdem die Eigenschaftswörterliste EWL von JANKE und DEBUS (1978) geeignet. Bei beiden Verfahren handelt es sich um adjektivische Listen, anhand derer das augenblickliche Befinden und die gegenwärtige Stimmungslage mehrstufig eingeschätzt werden. Die SES von HAMPEL (1971, 1977) liegen in einer Langform (SES-L) mit 84 und in Halbformen (SES-A, SES-B) mit je 42 Items vor. Item-, Cluster- und Faktorenanalysen führten zu sechs Faktoren der Stimmung, die fol-

gendermaßen gekennzeichnet werden:
1. Gehobene Stimmung, 2. Gedrückte Stimmung, 3. Mißstimmung, 4. Ausgeglichene Stimmung, 5. Trägheit, 6. Müdigkeit. HAMPEL (1977, S. 54-56) berichtet u.a. über mehrere Validitätskontrollen zur SES, so auch über Zeitreihenstudien, in denen eine erhebliche Zeitunabhängigkeit und intraindividuelle Differenzierungsfähigkeit der Stimmungsskalen nachgewiesen wurde (vgl. FAHRENBERG u.a. 1977; KUHN 1972; KULICK 1974). Mit der Eigenschaftswörterliste EWL (JANKE und DEBUS 1978) wird das zeitlich begrenzte (aktuelle) Befinden mehrdimensional erfaßt. Die Liste enthält 162 bzw. 124 zufällig angeordnete Eigenschaftswörter. Aufgrund von faktorenanalytisch-aufgabenanalytischen Auswertungen wird der Test nach folgenden fünfzehn Kategorien ausgewertet: Aktiviertheit, Desaktiviertheit, Introvertiertheit, Verträumtheit, Motorische Erregung, Empfindlichkeit, Ängstlichkeit, Deprimiertheit, Stimmung, Aggression, Selbstsicherheit (Zuverlässigkeit bei .60 bis .95 split half und Konsistenzschätzung).

Wir wählten sechs Skalen von HAMPEL und eine Skala von JANKE und DEBUS aus (vgl. A11) und entnahmen zu jeder drei testtheoretisch möglichst befriedigende Items. Darüber informiert die folgende Übersicht:

Skalen zur Einschätzung von Stimmung und Befinden

Skalenbezeichnung und Autor	Form	Items	Schwierigkeit a	Kommunalität h^2	Trennschärfe r_{it}	Item-Nr. in der von uns verwendeten Zusammenstellung	Nummer der Skala in der von uns verwendeten Zusammenst.
Gehobene Stimmung (HAMPEL)	A	lustig	.82	.72	.81	1	
	A	beschwingt	.81	.71	.80	9	1
	B	heiter	.78	.74	.83	15	
Mißstimmung (HAMPEL)	B	schlecht gelaunt	.59	.62	.73	2	2
	A	ärgerlich	.66	.61	.70	10	
	B	gereizt	.64	.60	.73	16	
Aktiviertheit (JANKE u.DEBUS)		aktiv	.58		.77	3	
		tatkräftig	.57		.68	6	3
		wach	.61		.75	21	
Gedrückte Stimmung (HAMPEL)	A	traurig	.72	.63	.76	4	
	A	enttäuscht	.68	.58	.70	11	4
	B	ratlos	.67	.51	.66	17	
Trägheit (HAMPEL)	A	träge	.69	.60	.69	5	
	B	faul	.64	.45	.53	12	5
	A	gleichgültig	.61	.46	.60	18	
Müdigkeit (HAMPEL)	A	abgehetzt	.74	.63	.69	7	
	A	erschöpft	.72	.65	.77	13	6
	B	erholungsbedürftig	.68	.53	.66	19	
Ausgeglichene Stimmung (HAMPEL)	A	gesammelt	.78	.59	.69	8	
	B	beherrscht	.65	.46	.54	14	7
	B	ausgeglichen	.58	.58	.67	20	

8.2.8 Fragebogen zur Erfassung subjektiver psychosozialer Belastungen im Zusammenhang mit Ehe, Familie und Beruf BFB

Wie wir in den Ausführungen des theoretischen Teils gezeigt haben, wird den psychosozialen Belastungen und Konflikten von Patienten stationärer Heilmaßnahmen eine erhebliche Bedeutung beigemessen. Einige Aspekte seien hier nochmals genannt: das pathogenetisch relevante Verhältnis zwischen solchen Belastungen und vegetativ-funktionellen (psychosomatischen) Störungen und Erkrankungen; der Anteil psychosozialer Belastungen an der Motivation zur Kurbeantragung;

Belastungen als relevante Patientenmerkmale, die zur Begründung und Indikation psychosozialer Heilmaßnahmen, insbesondere auch psychotherapeutischer Rehabilitationsmaßnahmen, genannt werden; die Frage inwieweit ein Heilverfahren zur effektiveren Auseinandersetzung und Verminderung subjektiver psychosozialer Belastungen beiträgt (vgl. z.B. BRUSIS 1976, 1977; DELIUS 1975a, 1975b, 1976 ; DOUBRAWA 1977; v.FERBER 1972, 1974, 1976).

Als methodisches Verfahren schien uns eine Fragebogenentwicklung von WEYER und HODAPP (1975, vgl. auch 1976) geeignet. Diese Autoren konzipierten auf der Grundlage des psychologischen Stressmodells von LAZARUS (1966) mit Hilfe faktoren- und itemanalytischer Methoden vierzehn Skalen zur Erfassung der subjektiven Belastung. Die Inhalte dieser Skalen beziehen sich auf mögliche Belastungen im Bereich des Berufs- bzw. Hausfrauenlebens und auf Belastungen im familiären Bereich. Im einzelnen handelt es sich um sechs Skalen des Bereichs B (Beruf), die von WEYER und HODAPP (1975) als"BI Unzufriedenheit mit der Arbeit und dem Beruf", "BII Berufs- und Arbeitsbelastung", "BIII Freizeit und Entspannung von der Arbeit", "BIV Beruflicher Ehrgeiz","BV Sozialer Faktor der Berufsbelastung" und "BVIII Überforderung durch die Arbeit" (S. 167-170) bezeichnet werden. Belastungen im Zusammenhang mit dem Hausfrauenleben werden durch die Skalen "HI Hausfrauenspezifische Belastung", "HII Unzufriedenheit mit dem Hausfrauendasein", "HIII Unspezifische Arbeitsbelastung" und "HV Überforderung durch Hausarbeit" erfasst (S. 171-173). Weiterhin entwickelten die Autoren eine Skala "EI Belastungen und Konflikte in der Ehe" sowie die drei kinderbezogenen Belastungsskalen"K1I Belastungen und Konflikte durch jüngere Kinder", "K2I Konflikte mit älteren Kindern" und "K2III Sorgen um die Zukunft älterer Kinder" (S. 173-175).

Die Reliabilitäten der Skalen werden von WEYER und HODAPP als befriedigend angesehen (alpha der inneren Konsistenz durchweg $\geqslant$.60). Zur Validierung i.S. des Konstrukts der

erlebten Bedrohung nach LAZARUS wurden Beziehungen zu situativen Faktoren (Teilnahme an einem berufsbezogenen Lehrgang und Kinderzahl), zu Persönlichkeitseigenschaften (FPI) und Kindheitserinnerungen (zum letzten Punkt siehe auch WEYER und HODAPP 1976) untersucht. Die Autoren geben verschiedene Empfehlungen darüber, wie die Skalen weiterentwickelt werden können (WEYER und HODAPP 1975, S. 185).

Von besonderem Interesse schienen uns die folgenden Belastungsskalen, von denen wir die jeweils anschließend genannten Items auswählten (Auswahlgesichtspunkte siehe oben) bzw. umformulierten (dieser Fall ist mit ^{x} gekennzeichnet). Die Items werden in der von uns gewählten Fragebogenreihenfolge wiedergegeben (vgl. auch A12).

	Item-Nr. n.WEYER u. HODAPP 1975	Item-Nr. in der von uns verwend. Fragebogenfass.	Schwierigkeit p_i	Trennschärfe r_{it}	Faktorladung a_i
BI Unzufriedenheit mit der Arbeit und dem Beruf (alpha = .76)	5	1	.07	.59	.73
	17	2	.11	.62	-.70
	28	3	.22	.50	-.55
BII Berufs- und Arbeitsbelastung (alpha = .67)	12	4	.40	.55	.72
	33	5	.39	.43	.66
BVIII Überforderung durch die Arbeit (alpha = .69)	32	6	.19	.49	.65
	4	7	.50	.32	.51
	19x	8	.16	.46	.64
BIV Beruflicher Ehrgeiz (alpha = .60)	42	9	.57	.38	-.67
	18xx	11	.28	.21	.32
BV Sozialer Faktor der Berufsbelastung (alpha = .69)	43	10	.10	.55	.71
K2I Konflikte mit älteren Kindern (alpha = .71)	23	12	.36	.49	.80
	19	14	.38	.50	.64
K1I Belastungen und Konflikte durch jüngere Kinder (alpha = .70)	11	13	.22	.49	.69
EI Belastungen und Konflikte in der Ehe (alpha = .79)	9	15	.22	.60	.75
	15	16	.41	.60	.72
	6	17	.14	.52	-.70
	10	18	.45	.57	.66
	18	19	.35	.45	.53
	7	20	.32	.42	.49

x Formulierung nach WEYER und HODAPP:
"Manchmal fühle ich mich den Anforderungen, die die Arbeit an mich stellt, nicht gewachsen"
Formulierung in der von uns verwendeten Fragebogenfassung:
"Manchmal habe ich das Gefühl, daß mir die Anforderungen durch Familie, Beruf und Haushalt über den Kopf wachsen"

xx Formulierung nach WEYER und HODAPP:
"Meine Arbeit wird angemessen bezahlt"
Formulierung in der von uns verwendeten Fragebogenfassung:
"Mit meiner Bezahlung bin ich zufrieden"

Um stichprobenspezifische Belastungen zu erfassen, gaben wir in dem von uns verwendeten Fragebogen entsprechende Teilinstruktionen, z.B.: "Nur beantworten, wenn Sie Kinder haben" (vgl. A12).

8.2.9 Einschätzung der Patienten durch den Gruppenarzt und die Gruppenbetreuerin (Arzt- und Betreuerin-Rating)

Außer einigen objektiven, insbesondere medizinischen Kennwerten beruht der überwiegende Teil unserer Daten auf Selbsteinschätzungen und Selbstbeschreibungen der Patienten. Darüber hinaus wollten wir bestimmte Informationsmöglichkeiten, die auf Fremdeinschätzungen beruhen, ausschöpfen. Von besonderem Interesse erschienen uns hierzu die folgenden Gesichtspunkte: Psychosomatischer bzw. psychosoziosomatischer Charakter der Beschwerden und psychische Belastetheit, Klagsamkeit, Mitarbeitsbereitschaft, Kurerfolg, Prognose bezüglich Beschwerden sowie Gesundheitsverhalten. Die Fremeinschätzungen sollten durch Personen vorgenommen werden, die das Kurprogramm verantwortlich gestalten und mehr oder weniger mit jedem Patienten im Laufe der Kur in Austausch kommen. Am ehesten wurden diese Kriterien von dem Arzt und der Betreuerin der jeweiligen Patientengruppe erfüllt. Wir entwickelten daher für diese beiden Gruppen jeweils einen Einschätzbogen, der die oben genannten Aspekte erfassen soll. Derjenige für die Gruppenärzte umfasst 10 und derjenige für die Gruppenbetreuerinnen 5 Items, die inhaltlich ähnliche Bereiche mit Ausnahme prognostischer Einschätzungen und spezifisch medizinisch-diagnostischer Einschätzungen (z.B. bisheriges Gesundheitsverhalten; Veränderungen in der speziellen Symptomatik) betreffen, welche den Ärzten vorbehalten sind (vgl. A13).

8.2.10 Medizinische Daten

Die Auswahl medizinischer Daten richtete sich zunächst einmal nach denjenigen Variablen, die im Rahmen der klinischen Grunduntersuchung an der Kurklinik Buching zu Beginn des Heilverfahrens erhoben werden. Damit sprechen wir einen - pragmatischen - Auswahlgesichtspunkt, und zwar den der Datenverfügbarkeit, an. Von diesem aus ergeben sich auch einige Einschränkungen. So wurden im Untersuchungszeitraum aufgrund von Personalmangel an der Buchinger Kurklinik keine Ergometrien durchgeführt, die im Hinblick auf Belastbarkeit und psychophysiologische Zusammenhänge von erheblichem Interesse gewesen wären (vgl. z.B. FRIEDRICH 1974; MEDERT-DORNSCHEIDT 1975). An der Kurklinik Buching werden klinische Untersuchungen im Laufe des Heilverfahrens mehrere Male an solchen Parametern vorgenommen, in denen kurbedingte Veränderungen erwartet werden, so an Gewicht, Blutdruck und Puls. Dagegen erfolgt dort die Gewinnung klinisch-chemischer Kennwerte nur dann mehr als einmal, wenn sich in diesen im Rahmen der Grunduntersuchung zum Kuranfang Auffälligkeiten ergeben haben.

Mit dieser - dem klinischen Untersuchungsprogramm folgenden - Auswahl medizinischer Daten sind zugleich zwei andere Auswahlgesichtspunkte angesprochen worden: Erstens gehören die - verfügbaren - medizinischen Daten zu jenen Variablenbereichen, in denen nachdrücklich Kureffekte bzw. Kurerfolge erwartet werden (vgl. KULPE 1975; MEDERT-DORNSCHEIDT 1975; STOCKSMEIER und HALHUBER 1972), denen wiederum in ihrem Beitrag zur Verminderung von Risikofaktoren eine besondere Beachtung zuteil wird (vgl. z.B. GÖLLNER 1973; SCHÄFER und BLOHMKE 1977). Zweitens sind die Zusammenhänge von psychologischen und physiologischen Variablen und die hierbei auffindbaren Gruppen von "Clustern" von Interesse, so zum Beispiel bei der Beschreibung von Erlebnis- und Verhaltensweisen im Zusammenhang mit auffälligen physiologischen und somatischen Werten (z.B. "Fettsucht") oder bei der Findung von Indikationsstellungen für psychotherapeutische und/oder somatische Rehabilitationsbehandlung (vgl.z.B. FAHRENBERG u.a. 1972; MYRTEK 1975).

Im einzelnen handelt es sich um folgende Datenbereiche, die in die Untersuchung aufgenommen werden können (vgl. Gesichtspunkt der Datenverfügbarkeit):

I. Anthropometrische Daten
   1. Körpergröße (cm)
   2. Körpergewicht (kg)

II. Klinisch-physiologische Daten
   1. Blutdruck systol./diastol.
   2. Puls (Schlagfrequ./Min.)

III. Klinisch-chemische Kennwerte
   1. Cholesterin (mg%)
   2. Triglyceride (mg%)
   3. Harnsäure (mg%)
   4. Glutamyl-Transferase (U/l) (γ - GT)
   5. Harnstoff (mg%)
   6. Blutkörperchensenkungsgeschwindigkeit BKS (1. und 2. Stunde)
   7. Leucocyten (Anzahl in Tausend)
   8. Erythrocyten (Anzahl in Millionen)
   9. Hämoglobin (mg%)

IV. Diagnostische Kennwerte
   1. Hauptdiagnose (nach ICD-Schlüssel)
   2. Untergruppe zur Hauptdiagnose (10 Gruppen nach Klinik-internem Schlüssel)
   3. Nebendiagnose (nach ICD-Schlüssel)

9 Hypothesen zu ausgewählten Fragestellungen

9.1 Vorbemerkungen

Die unter 7 formulierten Fragestellungen der vorliegenden Arbeit können u.a. danach unterschieden werden, ob und inwieweit sie durch einen theoretisch-empirischen Bezugsrahmen, wie er etwa im theoretischen Teil zusammengestellt wurde, bereits"hypothesengeleitet" oder, in Ermangelung entsprechender hypothesenstiftender Vorinformationen, eher nur "exploratorisch" angegangen werden können. Dementsprechend ist es möglich, zu einem Teil der Fragen Hypothesen zu formulieren, und zwar entsprechend der Ausdrücklichkeit der empirisch-theoretischen Grundlagen, auf die wir zurückgreifen können, in einer mehr oder weniger präzisen Weise. Dagegen können wir einen anderen Teil der Fragen nur in einer weniger "explizit voreingenommenen"und in einer mehr "exploratorischen" Weise behandeln.

Wie die Auswahl der Fragen selbst, so unterliegen auch die Auswahl von Hypothesen und ebenso die Art und Weise ihrer Ableitung nicht nur "objektiv" vorgegebenen Forschungsproblemen, sondern auch den subjektiven Kenntnis-, Interessen- und Wertschwerpunkten des Autors. Inhaltlich sind es sodann besonders die interindividuellen Unterschiede, etwa in Abhängigkeit von Geschlecht oder Diagnose, sowie die intraindividuellen Veränderungen während und nach dem Heilverfahren, u.a. auch in Abhängigkeit von einer zusätzlichen psychologischen Behandlung, wozu Hypothesen formuliert werden. Dies geschieht in der Weise, daß zunächst an die einzelnen Fragestellungen angeknüpft und zu bestimmten Variablen eine Hypothesenableitung aus den empirisch-theoretischen Grundlagen vorgenommen wird. Die Ableitung erfolgt nur kurz und anhand gezielter Verweise, wenn der zugehörige theoretisch-empirische Rahmen bereits im ersten Hauptteil der vorliegenden Arbeit abgesteckt wurde. Dies ist für die überwiegende Zahl der Hypothesen der Fall. Insoweit ein entsprechender Bezugsrahmen noch nicht gegeben wurde, werden die Hypothesen etwas ausführ-

licher abgeleitet bzw. begründet. Nach der jeweiligen Ableitung und Begründung erfolgt sodann die Formulierung der Hypothesen.

9.2 Hypothesen zu einzelnen Fragestellungen

9.2.1 Hypothesen zu Frage 2: Lassen sich geschlechts- und altersabhängige Merkmalsausprägungen in den verschiedenen Variablen im interindividuellen Vergleich feststellen?

9.2.1.1 Fragebogen Einstellung zur Kur EzK, Beurteilung der Kur BdK

Die in verschiedenen Kurpatientenstudien (z.B. PINNO 1972; SIEGRIST 1971) gefundenen weniger günstigen Kureffekte der Frauen in Merkmalen der - auf Selbstschilderung beruhenden - Persönlichkeits-Inventare lassen vermuten, daß sich Frauen auch dann, wenn sie ausdrücklicher, z.B. nach dem Nutzen und Erfolg ihrer Kur gefragt werden, als weniger zufrieden darstellen. In diesem Zusammenhang sind die, im Kontext der Beziehung von weiblicher Rolle und psychischer Störung vorzufindenden Beschreibungen zur psychosozialen Situation vieler Frauen beachtenswert (z.B. KING 1978). Hierbei wird u.a. von einer Widersprüchlichkeit zwischen den juristisch-ideologisch zugestandenen Gleichberechtigungsmöglichkeiten und den faktischen Selbstverwirklichungsmöglichkeiten für Frauen ausgegangen. Als Bewältigungsstrategie auf diese Situation hin wird ein Verzicht auf effektives eigenes Handeln zur Veränderung der eigenen Lebenssituation beschrieben (z.B. PROKOP 1976). Damit hängen möglicherweise negatives Selbstkonzept, Passivität und mangelnde Selbstsicherheit zusammen (PSYCHOLOGINNENGRUPPE MÜNCHEN 1978, S. 233).

Auf diesem Hintergrund betrachtet, wäre die Annahme naheliegend, daß Kurpatientinnen eine vermehrt passiv-abhängige Erwartung "mit zur Kur bringen", deren Erfüllbarkeit wiederum nur teilweise realistisch sein dürfte. Die daraus

resultierenden Enttäuschungen können sich dann in weniger positiven Heilerfolgsbeurteilungen mancher Frauen niederschlagen (vgl. ähnlich v. TROSCHKE 1973). Diese Überlegungen werden durch spezielle Untersuchungen zur Geschlechtsspezifität des subjektiven Kurerfolgs nur teilweise bestätigt. Z.B. schilderten sich in der Studie von DANKO (1977, S. 276) die Männer zum Kurende als vermehrt zufrieden mit den Kontaktmöglichkeiten, während in den anderen entsprechenden Merkmalsbereichen keine geschlechtsspezifische Unterschiede auftraten. Auch bei DINSE (1977, S. 124) unterschieden sich männliche und weibliche Kurpatienten nicht bedeutsam in Merkmalen der"Einstellung zur Kur". Wir können daher, nur teilweise aus der bisherigen Forschung fundiert, die Hypothese aufstellen:
"Weibliche Patienten kommen mit höheren Erwartungen zur Kur als männliche (EzK). Frauen beurteilen ihren Kurerfolg als weniger positiv als Männer (BdK)".

9.2.1.2 Fragebogen zur Erfassung subjektiver Krankheitskonzepte und Behandlungsvorstellungen KKB

Sowohl von geschlechtsspezifisch akzentuierten Sozialisationsbedingungen her (vgl. z.B. WESLEY und WESLEY 1977), als auch von klinischen Erfahrungen her ist anzunehmen, daß Frauen eher als Männer Beschwerden und Befindensbeeinträchtigungen auch auf seelische und zwischenmenschliche Ursachen zurückzuführen geneigt sind. Ebenfalls in diese Richtung sprechen die Ergebnisse aus speziellen empirischen Studien zu diesem Fragenbereich (z.B. BECKMANN u.a. 1977, S. 259). Sie zeigen, daß Frauen mehr als Männer annehmen, ihre Beschwerden seien auch durch seelische Konflikte bedingt. Welche Bedeutung diesen naiv-subjektiven Attributionen bzw. Krankheitskonzepten möglicherweise zukommt, haben wir bereits weiter oben im theoretischen Teil diskutiert. Wir gehen daher sogleich zur Hypothesenformulierung über:

"Die Krankheitskonzepte von weiblichen Patienten lassen in höherem Ausmaß als diejenigen der männlichen die Annahme erkennen, die eigenen Beschwerden seien (auch) durch psychische Faktoren beeinflußt und die angemessene Behandlung bestehe in psychotherapeutischen Hilfen.

9.2.1.3 Freiburger Persönlichkeits-Inventar FPI; Buchinger Persönlichkeits-Inventar BPI

Diejenigen Untersuchungen an Patienten stationärer Heilmaßnahmen, die persönlichkeitspsychologische Variablen einbezogen, erbrachten häufig geschlechtsabhängig interindividuelle Differenzen. Dabei erschienen die Merkmalsausprägungen der Frauen "gestörter" als die der Männer. Es stellt sich das Problem, inwieweit solche Unterschiede nur die an repräsentativen Stichproben zu erwartenden persönlichkeitspsychologischen Geschlechtsdifferenzen (vgl. z.B. MERZ 1979) reproduzieren oder ob es sich, im Vergleich zu soziologisch definierbaren Bezugsgruppen, bei den weiblichen Patienten um eine andersartige Auswahl als bei den männlichen handelt. Einstweilen befassen wir uns nur mit bedeutsamen Unterschieden zwischen weiblichen und männlichen Kurpatienten. Sie lassen sich anhand vorliegender Studien etwa so zusammenfassen:

Unterschiede im FPI wurden z.B. von SIEGRIST (1971) und PINNO (1972) gefunden. In der Arbeit von SIEGRIST (1971) unterschieden sich die männlichen und weiblichen Kurpatienten durch höhere Aggressivitäts-, Geselligkeits-, Dominanz- und Offenheitswerte sowie geringere Nervositäts- und Gehemmtheitswerte der erstgenannten. Auch Studien anhand des BPI (Buchinger Persönlichkeitsinventar, KURY 1974) erbrachten (zum Anfang und Ende der Heilmaßnahmen) teilweise hochsignifikante Geschlechtsunterschiede (Gehemmtheit, Erregbarkeit, Nervosität, Depressivität) mit erneut ungünstigeren Ausprägungen der Frauengruppen (DINSE 1977; FERSCHING 1976).

SCHWARTZ (1974) schildert aufgrund seiner Untersuchungen an Rheumatiker-Kurpatienten die Männerstichprobe als weniger emotional bestimmt, körperlich und seelisch belastungsfähigker, stabiler, weniger ängstlich und manifest traurig als die Frauenstichprobe. - Das Alter scheint weniger interindividuelle Unterschiede zu begründen (DINSE 1977), außer daß in einzelnen Skalen des FPI (Aggressivität, Extraversion) mit zunehmendem Alter niedrigere Werte zu erwarten sind. Die oben genannten Geschlechtsunterschiede stimmen weitgehend mit denen überein, die auch bei der Konstruktion des FPI gefunden wurden (vgl. FAHRENBERG u.a. 1978a).

Im Hinblick auf unsere LVA-Kurpatientenstichprobe ergibt sich die folgende Hypothese:

"In den Persönlichkeitsinventaren FPI und BPI werden zu den verschiedenen Erhebungszeitpunkten bedeutsame Unterschiede zwischen männlichen und weiblichen Patienten auftreten, wobei die ersten eher als günstig zu betrachtende Ausprägungen als die zweiten erreichen. Extraversions- und Aggressivitätsausprägungen sind in der höheren Altersstufe eher verringert."

9.2.1.4 Freiburger Beschwerdenliste FBL; Adjektiv-Skalen zur Einschätzung der Stimmung SES

Es wurde mehrfach festgestellt, daß Alter und Geschlecht auf Beschwerden einen Einfluß nehmen (z.B. BECKMANN u.a. 1977). FAHRENBERG (1975) teilt höhere Meßwerte der weiblichen Vpn in der FBL, v.a. der Skala Allgemeinbefinden, mit. Solche geschlechtsabhängigen Differenzen haben sich im Rahmen von Untersuchungen an Kurpatienten bestätigt (vgl. DANKO 1977; DINSE 1977). In der Kurpatienten-Dokumentation von MENTZEL und MENTZEL (1977) ergaben sich hinsichtlich der Art der Beschwerden folgende geschlechtsspezifischen Verhältnisse: Ausgehend von der Frage nach der Leitsymptomatik fanden sich bei Männern auf den er-

sten 4 Rangplätzen Angstsymptomatik, Mischsymptomatik (Herz, Magen) und Magen-Darm-Symptomatik; bei Frauen funktionelle Kopfschmerzen und depressive Verstimmungen, gefolgt von den beiden ersten Symptomen der Männergruppe. BECKMANN u.a. (1977) ermittelten im Rahmen ihrer repräsentativen Erhebung neben alters- und geschlechtsunabhängigen Items, die diffuse Beschwerden und allgemeine Ängstlichkeit enthalten, "typische" ($p < .05$) weibliche Beschwerden in mehr depressiv-resignativen Symptomen (Schwäche, Rückzug, gehemmte Aktivität), jedoch - mit Ausnahme von Sodbrennen - keine typisch männlichen Beschwerden, außerdem "typische" Beschwerden der Jüngeren in Heißhunger und Erbrechen und der Älteren in Herzkreislaufsymptomen und altersbedingten Schwächen (Giessener Fassung der Beschwerdeliste). Die weniger spezifischen Beschwerden aufgrund der Untersuchung von BECKMANN u.a. im Vergleich zu den charakteristischeren in der Arbeit von MENTZEL und MENTZEL dürften mit der Beschränkung der letztgenannten auf psychosomatische Kurpatienten zusammenhängen.

Eine Zunahme der Mittelwerte der FBL-Skalen mit dem Alter stellte DINSE (1977) fest (ähnlich DANKO 1977). Doch scheinen Altersabhängigkeiten der Kurpatienten-Beschwerden eher gering zu sein, wie z.B. STOCKSMEIER (1973) in einer Untersuchung von Rheumatiker-Kurpatienten feststellte: hier erreichten die Korrelationen zwischen Alter und Befindensscores (Hamburger und Giessener Fassung Beschwerden-Liste) kein Signifikanzniveau. Andererseits sind deutlichere Altersabhängigkeiten zu erwarten, wenn die Analyse auf Itemebene erfolgt (FAHRENBERG 1975). Weniger Anhaltspunkte sind in der Literatur zur Alters- und Geschlechtsabhängigkeit des Stimmungsgeschehens zu finden. In der Untersuchung von FERSCHING (1976) an Kurpatienten ergab sich im Extremgruppenvergleich nach Lebensjahren kein bedeutsamer Unterschied in den SES (HAMPEL 1971, 1977). Da sich zwischen Beschwerden- und Stimmungsvariablen bedeutsame Beziehungen finden lassen (z.B. HAMPEL 1977) und bei

Frauen, besonders jenen in untergeordneter beruflicher Stellung, vermehrt depressiv-resignative Stimmungen beobachtet werden (vgl. z.B. PSYCHOLOGINNENGRUPPE MÜNCHEN 1978), ist nicht auszuschließen, daß sich in den SES in ähnlicher Weise wie in der FBL geschlechtsspezifische Unterschiede ergeben werden.

Unsere Hypothesen zu FBL und SES lauten sodann:
"Die Werte in der Skala Allgemeinbefinden der FBL und die Ausprägungen in den SES stellen sich bei weiblichen Patienten als weniger günstig dar als bei männlichen Patienten".

9.2.1.5 Fragebogen zur Erfassung subjektiver psychosozialer Belastungen im Zusammenhang mit Ehe, Familie und Beruf BFB

Während im Bereich mancher Persönlichkeitsdimensionen, Befindens-, Beschwerden- und Stimmungskennwerte geschlechtsspezifische Unterschiede mit weniger"günstigen" bzw. eher "gestörten" Ausprägungen weiblicher Personen als wahrscheinlich angenommen werden können, erscheint die Problemlage hinsichtlich der subjektiven Belastungen im Zusammenhang mit relevanten Lebensbereichen, wie Ehe, Familie und Beruf, nicht so eindeutig. Es spricht zwar einiges für die Annahme, daß Frauen auch hier negativere Ausprägungen als Männer haben (z.B. KAGAN 1978a, 1978b; KING 1978; PSYCHOLOGINNENGRUPPE MÜNCHEN 1978; STRAUSS 1979; KATSCHNIG und STROTZKA 1977), vor allem insoweit sie von der Mehrfachbelastung aus den Anforderungen von Ehe, Familie, Haushalt und Beruf betroffen sind (z.B. GERCKE 1970a; SCHWARTZ 1974, der auch geschlechtsspezifische Unterschiede in der Belastungsfähigkeit hervorhebt).Im Hinblick auf unsere LVA-Kurpatientenstichprobe ist allerdings zu beachten, daß gerade jene mehrfach belasteten Frauen, die also Mütter und zugleich Arbeitnehmerinnen sind, unter den Kurgängern der Rentenversicherungsträger unterrepräsentiert sind (GERCKE 1976b).Außerdem gibt es kaum empirische Untersuchungen über geschlechtsspezifische Ausprägungen in Merkmalen

subjektiver Belastung bei Kurpatienten. Nicht zuletzt ist es fraglich, inwieweit "tatsächliche" Unterschiede in der Belastung oder eher in der Neigung, sich klagsamer und beschwerter darzustellen, bestehen (vgl. MERZ 1979, S. 104). Im Rahmen der bereits früheren Tätigkeit des Autors an der LVA-Kurklinik Buching entstand der Eindruck, daß unter den weiblichen Patienten nicht wenige waren, die ihre Arbeitssituation in mancher Hinsicht als "ungerecht" empfanden. So schlagen sich geschlechtsspezifische Unterschiede möglicherweise auch in dem BFB-Fragebogen nieder. Mangels stringenterer Ableitungsmöglichkeiten bleiben wir einstweilen bei dieser allgemeinen Vermutung, ohne sie als präzise Hypothese zu formulieren.

9.2.2 Hypothese zu Frage 4: Unterscheiden sich Patienten verschiedener Diagnosegruppen, insbesondere mit und ohne der Diagnose "Psychovegetatives Syndrom", in den verschiedenen Variablenbereichen?

Etliche Beobachtungen und Studien deuten auf eine charakteristische Vielzahl und Vielgestaltigkeit von subjektiven Beschwerden, verbunden mit einem starken Krankheitsgefühl, bei Patienten mit psychovegetativen Störungen hin (vgl. z. B. DELIUS und FAHRENBERG 1966; HARRER 1977; JORES 1973). Dabei nennen die Patienten sowohl körperliche als auch psychische Beschwerden (vgl. GÖLLNER 1970a; MENTZEL & MENTZEL 1977; DOUBRAWA 1977). Nach DELIUS (1975a, S. 93) ist bei vegetativ Kranken stets folgender Kern von Beschwerden und Symptomen vorzufinden: "Unstetigkeit von Leibfunktionen, Reizbarkeit im Innenleben und Außenverhalten, körperliche Leistungsschwäche und Verzagtheit gegenüber Außenbezügen". Uns interessiert nun, inwieweit den Beschwerdeangaben (in der FBL) der LVA-Kurpatienten, besonders derjenigen mit der Diagnose "Psychovegetatives Syndrom", im Vergleich zu denen mit anderen Diagnosen und zu Personen einer Vergleichsgruppe eine differentialdiagnostische Bedeutung zukommt.

Ergebnisse auf der Basis von Fragebogen (Beschwerdelisten) weisen weniger eindeutig in diese Richtung. Z.B. fand MEDERT-DORNSCHEIDT (1975) in der FBL keine bedeutsamen Differenzen zwischen den drei Herzkreislauf-Patienten-Gruppen. Im mündlichen Interview aber schilderten die Patienten mit funktionellen Erkrankungen ihre Beschwerden allgemein erlebnisnäher und von Angstgefühlen begleitet. Auch in der Studie von WEBER und MÜLLER (1977) ergaben sich zwischen verschiedenen Diagnosegruppen (vegetativer Symptomkomplex, Lebererkrankungen, Diabetes mellitus, kardiovaskuläre Erkrankungen) kaum Unterschiede in der Giessener Befindlichkeitsliste. So äußert sich die charakteristische Lebhaftigkeit der Beschwerden von vegetativ Kranken vielleicht deutlicher im Rahmen von Interviews bzw. Arzt-Patient-Interaktionen. Neben der Beschwerdenneigung werden auch eine häufig gereizte und unlustbetonte Stimmungslage bei psychovegetativ beeinträchtigten Personen hervorgehoben. Außerdem werden sie als ausgesprochen hypochondrisch und häufig mißtrauisch gegenüber Ärzten beschrieben (vgl. JORES 1973; BÖCKER 1974).

Unter diesen Voraussetzungen erscheint die folgende Hypothese angebracht:
"Die Werte der Kurpatienten mit der Hauptdiagnose "Psychovegetatives Syndrom" in den Fragebögen FBL, SES und HG sind im Vergleich zu denen von Patienten mit einer anderen Hauptdiagnose zumindest tendenziell erhöht, während sich die erstgenannten in der Interviewsituation als bedeutsam klagsamer darstellen als die zweitgenannten.

9.2.3 Hypothesen zu Frage 7: Sind das Ausmaß subjektiver Beschwerden und subjektiver psychosozialer Belastungen sowie die Art der Ausprägung verschiedener Persönlichkeitsmerkmale Indikatoren für "Kurbedürftigkeit"? Vergleich zwischen der Patientengruppe und einer Vergleichsgruppe

9.2.3.1 Freiburger Beschwerdenliste FBL; Adjektiv-Skalen zur Einschätzung der Stimmung SES; Fragebogen Hypochondrie und Gesundheitsverhalten HG; Freiburger Persönlichkeits-Inventar FPI; Fragebogen zur Erfassung subjektiver psychosozialer Belastungen im Zusammenhang mit Ehe, Familie und Beruf BFB

Wir haben im theoretischen Teil bereits aufgezeigt, daß die vorliegende Frage mit kritischen Überlegungen zur praktischen Gestaltung des Heilverfahrens und zur Adäquanz der dieser Praxis zugrundeliegenden Störungs- und Krankheitskonzeptionen zusammenhängt (vgl. z.B. v.FERBER 1976). Im wesentlichen werden zwei Probleme berührt: Einmal wird von Praktikern wie von Forschern die Frage aufgeworfen, inwieweit neben der somatischen Seite (vgl. DELIUS und FAHRENBERG 1966) die alltäglichen subjektiven Belastungen und die Motivation, diesen zumindest vorübergehend zu entgehen, dafür maßgebend sind, daß sich bestimmte Personen um ein Heilverfahren bemühen. Die Art solcher Belastungen und die darauf bezogenen Bewältigungsstrategien der Antragsteller sind freilich nur wenig geklärt (vgl. z.B. HENKEL und ROER 1976). Zum anderen stellt sich die Frage, inwieweit die Praxis und die leitenden Ätiologie- und Therapiekonzepte möglichst effektiv auf jene Belastungen eingehen (vgl. z. B. DOUBRAWA 1978a, 1978b).

So sollte zunächst einmal genauer geklärt werden, ob und welche psychosoziale Belastungen, ebenso Persönlichkeitsmerkmale, für Kurgänger im Vergleich zu Nichtkurgängern charakteristisch sind. Die speziell und/oder im Umkreis dieser Frage vorzufindenden Studien, die wir bereits im theoretischen Teil der vorliegenden Arbeit erwähnt haben (z.B. ANTONS 1972; BLOHMKE u.a. 1974; BRUSIS 1976; DOUBRAWA 1977; GÖLLNER 1970b; GERCKE 1970b; MEDERT-DORNSCHEIDT u.a. 1976; SCHAEFER und BLOHMKE 1977; SCHWARTZ 1974; SIEGRIST

1971; POHLMEIER 1973; v.TROSCHKE 1973) lassen vermuten: Kurgänger beschreiben sich gegenüber vergleichbaren Nichtkurgängern als vermehrt subjektiv belastet. Auch in Persönlichkeitsinventaren erscheinen sie "gestörter". Allerdings bleibt dann noch weitgehend offen, ob es bestimmte Lebensbereiche und Persönlichkeitsmerkmale sind, in denen charakteristische Unterschiede mehr oder weniger gravierend festzustellen sind. Daß hier nicht einfach globale Unterschiede anzunehmen sind, ergibt sich z.B. aus der häufigen Beobachtung, daß gerade untergeordnete Arbeiter und Angestellte in ihrer Familie eine Art "Oase" gegenüber der vermehrt entfremdeten Arbeitssituation erleben und somit eher arbeitsbezogene, weniger z.B. familienbezogene, Belastungen angeben (FRESE 1977; THOMA 1978). Auch bezüglich der Persönlichkeitsmerkmale ergeben sich Anhaltspunkte, und zwar z.B. aus persönlichkeitspsychologischen Studien (z.B. bei DELIUS und TRÄGERT 1971) und klinischen Beobachtungen (z.B. MENTZEL 1969) über Personen mit funktionellen Störungen, in denen u.a. eine verminderte Offenheit gegenüber dem eigenen Erleben deutlich wird (siehe theoretischer Teil, 5).
Zur Frage der im Bereich des Allgemeinbefindens, der Beschwerden, Stimmungen und hypochondrierelevanten Dimensionen zu erwartenden Kurgänger-Nichtkurgänger-Unterschiede verweisen wir auf die hypothesenstiftenden Überlegungen zu Frage 4 (bezüglich diagnoseabhängiger Unterschiede). Die dort erwähnten charakteristischen Störungen im subjektiven Befinden psychovegetativ gestörter Personen, die vielgestaltigen Beschwerden, die mißtrauisch-hypochondrische Einstellung und unlustbetonte Stimmungslage, können auch für die Stichprobe der Kurpatienten, die hauptsächlich aus Personen mit solchen vegetativen Störungen besteht, gegenüber einer Vergleichsgruppe angenommen werden.

Folgende Hypothese erscheint daher angebracht:
"Die Werte der Kurpatienten in Variablen der Fragebogen FBL, SES und HG sowie FPI sind im Vergleich zu den Werten

einer Vergleichsgruppe bedeutsam in Richtung vermehrter "Gestörtheit" erhöht, während sich im Fragebogen BFB vor allem berufsbezogene Belastungen der Kurpatientengruppe gegenüber der Vergleichsgruppe herausstellen".

9.2.3.2 Krankheitsbedingte Fehlzeiten

Den krankheitsbedingten Fehlzeiten kommt in der Beurteilung der längerfristigen Wirkungen von Heilmaßnahmen der Rentenversicherungsträger als objektives und überdies vom Gesetzgeber nahegelegtes Erfolgskriterium (vgl. z.B. GÖLLNER 1973; KULPE 1975; WANNENWETSCH 1971) eine erhebliche Bedeutung zu. In den letzten Jahren wurden zahlreiche Studien durchgeführt, um anhand eines Vergleichs der Fehlzeiten zwischen Zeiträumen vor und nach der Kur deren Erfolg und volkswirtschaftlichen Nutzen zu überprüfen. In die Arbeiten wurden meistens nur die betroffenen Kurpatienten, aufgegliedert nach einzelnen Diagnosegruppen, seltener aber Kontrollgruppen (z.B. WEBER und MÜLLER 1977) einbezogen oder unterschiedliche Krankheitsstadien (z.B. KAUFMANN 1976) berücksichtigt. Die Untersuchungen lassen mehr oder weniger deutlich die Annahme erkennen, an verminderten Fehlzeiten in Zeitabschnitten nach den Heilverfahren seien deren Erfolge direkt abzulesen.

Diese Annahme vernachlässigt freilich vielfältige "äußere" Bedingungen sozioökonomischer Art, wie z.B. die drohende Arbeitslosigkeit sowie "innere" Bedingungen psychischer und psychosomatischer Art bei den Versicherungsnehmern, die die Häufigkeit und Dauer der Fehlzeiten mitbestimmen. Eine gewisse Rolle dürften z.B. die berufsbezogene Zufriedenheit bzw. Unzufriedenheit und die damit verbundene "Verarbeitung" (die sich als "Protest" auch in Abstinenz manifestieren kann) spielen (vgl. ORENDI 1978). Diese Annahme wird z.B. durch Beziehungen von Fehlzeiten und Unzufriedenheitsmaßen (vgl. NEUBERGER 1974) und durch Fehlzeitenunterschiede zwischen verschiedenen Betrieben

in Abhängigkeit von Spannungs- und Konfliktvariablen, bei Konstanthaltung der Krankheitsdiagnosen, nahegelegt (ZIMMERMANN 1976). Weitere Probleme betreffen z.B. unterschieliche Beurteilung der "Krankschreibungsdauer" durch den behandelnden Arzt und den Vertrauensarzt (im Bundesdurchschnitt Abweichungen bei 22%; vgl. DETZEL 1973 u.a..

Unabhängig von solchen Einschränkungen kamen katamnestische Studien an Kurpatienten ausnahmslos zu dem Ergebnis, daß die krankheitsbedingten Fehlzeiten in den unterschiedlich bemessenen Nachkurperioden (bis 2 oder 3 Jahre) deutlich absinken (z.B. BAIER 1975; DANKO 1977; KALINOWSKI & SNARSKI 1959; KLINGER 1965; KULPE 1975; WAGNER 1965; WANNENWETSCH 1963, 1971; WEBER & MÜLLER 1977; SCHÜPENHAUER 1970).
WANNENWETSCH (1971) teilt, in bezug auf die Kurjahrgänge 1962-68, einen mittleren Rückgang der Fehltage von 36,7% mit. Nach GERCKEs (1970a) Überblick liegen die Erfolge zwischen 25 und 75%. Patienten mit Leber- und Pankreaserkrankungen zeigen die besten und Patienten mit vegetativer Dystonie die schlechtesten Ergebnisse. Teilweise ähnliche Ergebnisse fanden WEBER und MÜLLER (1977) aufgrund ihres Fehlzeitenvergleichs an Kurpatienten verschiedener Diagnosegruppen und einer KG, der sich über 5 Meßzeitpunkte (3 J. vor, 2 J. vor, 1 J. vor Heilverf., J. des Heilverf., 1 J. nach Heilverf.) erstreckte. Bei der Gruppe der Patienten mit "vegetativem Symptomkomplex" ergaben sich an diesen Zeitpunkten durchschnittlich 22,4, 12,6 (Rezession!), 16,3, 21,8 und 24 Fehltage, allerdings mit einer sehr großen Streuung. Gleichwohl lagen die Häufigkeiten über denen der anderen Diagnosegruppen - mit Ausnahme der Leberkranken - und der KG. In der Zweijahreskatemnese von MEDERT-DORNSCHEIDT und MYRTEK (1977) nahm die Zahl der Krankmeldungen bei den Herzinfarktpatienten zu und bei den funktionell gestörten Patienten ab (S. 212). Diese Befunde sind mit denen von WEBER und MÜLLER (1977) und GERCKE (1970a) nur schwer in Einklang zu bringen, was auch für die katamnestischen Angaben von KAUFMANN (1976) an N=5.352 Patienten gilt, wo-

nach die höchste Erfolgsquote sowohl hinsichtlich des Arbeitsfehlzeitenvergleichs als auch nach dem medizinischen Urteil bei den vegetativen Dystonien und die niedrigste bei Patienten mit Bronchialasthma erzielt wurde. Angesichts der uneinheitlichen Befunde über Patienten mit vegetativen Störungen können wir hier nur auf die Notwendigkeit differenzierterer Analysen hinweisen, die nicht zuletzt auch psychologische Variablen (etwa Persönlichkeits- und Belastungsvariablen) einbeziehen.

Nach KAUFMANN (1976) scheinen die Ergebnisse umso günstiger auszufallen, je weniger ausgeprägt die krankhaften Erscheinungen und ihr Einfluß auf das Leistungsvermögen und je jünger die Patienten sind, während
mit Zunahme der organischen Schäden und ihrer Auswirkungen auf die Leistungsfähigkeit sowie des Lebensalters sich die Chancen eines längerfristigen Erfolgs verringern (S. 118).

Aus den erwähnten Untersuchungen läßt sich zumindest soviel ableiten, daß Kurpatienten in der Zeit vor dem Heilverfahren höhere Fehlzeiten aufzuweisen scheinen als vergleichbare andere Personen (Nichtkurgäste) und daß eine Senkung der Fehlzeiten in der Nachkurzeit - auch bei Berücksichtigung inkonsistenter Ergebnisse - noch wahrscheinlich ist. Auf das Ausmaß dieser Senkung nehmen Alter und Ausmaß organischer Beeinträchtigung, vermutlich aber noch andere, auch psychologische Variablen, Einfluß.

Da die Zeiträume der Kurvor- und Kurnachzeit, in denen wir die Häufigkeit und Dauer krankheitsbedingter Fehlzeiten erfaßt haben, wegen ihrer unterschiedlichen Länge von im ersten Fall zwei und im zweiten Fall einem halben Jahr nicht miteinander vergleichbar sind, können wir die Krankheitszeitenveränderungen nicht direkt intraindividuell analysieren (vgl. 12). Dem Thema der Fehlzeiten können wir uns nur über interindividuelle Unterschiedsanalysen sowie über Zusammenhangsanalysen annähern. Während wir zum zweiten Punkt der bedeutsamen Beziehungen exploratorisch vorgehen, was nicht allgemeine Vermutungen, z.B. über einen Zusammen-

hang von Fehlzeiten und hypochondrischen Variablen sowie berufsbezogener Unzufriedenheit ausschließt, formulieren wir zum ersten Punkt eine Hypothese. Sie betrifft den Unterschied zwischen Häufigkeit und Dauer der Fehlzeiten zwischen der LVA-Kurpatientenstichprobe und der Vergleichsgruppe:

"Die krankheitsbedingten Fehlzeiten der Kurpatienten sind im Vergleich zu denen einer Vergleichsgruppe, jeweils im Zeitraum der letzten beiden Jahre vor dem Zeitpunkt des Heilverfahrens, eher erhöht."

9.2.4 Hypothesen zu Frage 10: In welcher Richtung und in welchem Ausmaß lassen sich in den verschiedenen Variablenbereichen der LVA-Kurpatienten zum Kurende und bei einer ein halbes Jahr später stattfindenden katamnestischen Untersuchung Veränderungen feststellen? Welche Veränderungen, die als Behandlungseffekte bezeichnet werden können, erweisen sich dabei als eher stabil?

9.2.4.1 Freiburger Persönlichkeits-Inventar FPI; Buchinger Persönlichkeits-Inventar BPI; Fragebogen zur Erfassung subjektiver psychosozialer Belastungen im Zusammenhang mit Ehe, Familie und Beruf BFB

Wie wir unter 4.4 bereits darlegten, lassen die Ergebnisse aus etlichen kur- bzw. rehabilitationspsychologischen Effektstudien erwarten, daß sich viele Kurpatienten, häufig die männlichen mehr als die weiblichen, in Variablen von Persönlichkeitsinventaren zum Ende des Heilverfahrens als "weniger gestört" beschreiben (z.B. ANTONS 1972; BENDORF u.a. 1976; DINSE 1977; DOUBRAWA 1977; FERSCHING und KURY 1979; HALLWACHS und STOCKSMEIER 1975; PINNO 1972; SAUER und SCHNETZER 1978; SIEGRIST 1971).

Im Zusammenhang mit der Frage der selektionsrelevanten Rolle von psychosozialen Belastungen für die Beantragung und Genehmigung von Heilverfahren stellt sich das Problem, inwieweit stationäre Heilmaßnahmen auf diese Belastungen therapeutisch eingehen können und sollen (vgl. z.B. DOUBRAWA 1976b; 1978a, 1978b; v.FERBER 1976; POHLMEIER 1973; SCHAEFER und BLOHMKE 1972). Direkte Untersuchungen zu diesem Punkt fehlen vielfach oder sind in eher undifferenzierter Form vorhanden (vgl. z.B. MENTZEL und MENTZEL 1977).

Hypothesenrelevante Ableitungen können somit eher aus verwandten bzw. eben jenen globalen Studien getroffen werden. Daß die vorherrschende Form der Kurbehandlung in Einrichtungen der Rentenversicherungsträger Einfluß auf die psychosozialen Belastungen der Patienten nimmt, ist z.B. aus Untersuchungen von DOUBRAWA (1977), auch von DANKO (1977) zu entnehmen. In der erstgenannten nahmen bei einem Teil der Patienten (N=342 weibl. Kurpatienten) berufliche, familiäre und partnerbezogene Sorgen und Belastungen erheblich ab, während sie sich bei einem anderen Teil fast nicht veränderten. Bei diesem Teil der Patienten fand sich auch nur eine geringfügige Besserung der - anfänglich schon hohen - Anzahl von Beschwerden. In der Arbeit von DANKO ergab sich eine erhebliche Abnahme der "Sorgen um die Familie". Diese Ergebnisse wurden am Ende der Kur, also noch vor der Rückkehr in das häusliche Milieu, gewonnen. Das bedeutet, daß den Patienten kaum ein Feedback aus Alltagserfahrungen zuteil wurde und die Belastungsverminderungen einstweilen eher als Erholungs- und Entlastungseffekte (evtl. auch als Einstellungsänderungen) zu interpretieren sind, über deren Stabilität erst katamnestische Untersuchungen genauere Auskunft geben können.
Die Frage, inwieweit ein Heilverfahren zu einer längerfristigen, katamnestisch festzustellenden, Verminderung von psychosozialen, subjektiv erlebten Belastungen (etwa im Zusammenhang mit Partnerschaft, Ehe, Familie, Arbeitsplatz) beiträgt, ist bisher kaum systematisch untersucht worden. Allerdings wurden dazu erste Studien zur Effizienz besonderer psychologischer Therapieangebote im Rahmen von Heilmaßnahmen (z.B. BENDORF u.a. 1976) durchgeführt. Einzelne Hinweise auf die fragliche Belastungsveränderung aufgrund der üblichen, mehr oder weniger allen Patienten gewährten Kurbehandlung, erbringen z.B. die Zweijahreskatamnese an Herzkreislauf-Patienten von MEDERT-DORNSCHEIDT und MYRTEK (1977) und die Kurpatienten-Dokumentation von MENTZEL und MENTZEL (1977). In der erstgenannten gaben die Patienten z.B. an, sich weniger gehemmt, nervös und

emotional ausgeglicher (FPI), auch weniger bedrückt zu fühlen im Vergleich zum Beginn ihrer Erkrankung. Keine Unterschiede ergaben sich aber im Vergleich zur Zeit des Heilverfahrens (ähnlich HALLWACHS 1975). Bei den Infarktpatienten verringerte sich die berufliche Angespanntheit, freilich auch ihre berufliche Zufriedenheit. In der Studie von MENTZEL und MENTZEL erbrachte eine Einjahreskatamnese (mit jedoch nur 56% Rücklauf), daß von den Patienten mit der üblichen Kurbehandlung (ohne zusätzliche gruppenpsychotherapeutische Behandlung) knapp die Hälfte eine positive Änderung ihrer beruflichen Leistungsfähigkeit und etwa ein Drittel eine positive Stellungnahme der Umwelt zur eigenen Person angaben.

Einschränkend ist zu den genannten Befunden zu sagen, daß sie nicht primär psychosozialen Belastungsvariablen entsprechen - was nur wenig durch mäßige Korrelationen zwischen FPI und subjektiven Belastungswerten (vgl. WEYER und HODAPP 1975) relativiert wird - und im Hinblick auf die fraglichen nachhaltigen Wirkungen recht ambivalent erscheinen. So nehmen wir (bis auf weitere Klärungen) eher kurzfristige und weniger eindeutige Wirkungen des üblichen Heilmaßnahmensettings auf subjektive Belastungen an.

Unsere Hypothesen lauten unter diesen Umständen:
"Zum Ende der Heilmaßnahme kommt es im Vergleich zum Anfang der Heilmaßnahme zu positiv zu interpretierenden Veränderungen der Kurpatienten in den Persönlichkeitsinventaren FPI und BPI. Sie sind bei männlichen Patienten deutlicher ausgeprägt als bei weiblichen."
"Gegen Ende der Heilmaßnahme ist eine Verminderung der mit dem Fragebogen BFB erhobenen subjektiven psychosozialen Belastungen im Zusammenhang mit Ehe, Familie und Arbeitsplatz zu erwarten".
"In der Halbjahreskatamnese werden sich bei den Kurpatienten die Meßwerte zur psychosozialen Belastung (BFB) und in Persönlichkeitsmerkmalen (FPI) nicht bedeutsam von den Kuranfangswerten unterscheiden."

9.2.4.2 Freiburger Beschwerdenliste FBL; Adjektiv-Skalen zur Einschätzung der Stimmung SES

Wie die oben angegebenen (4.4) Studien (z.B. ENKE-FERCHLAND 1970; DANKO 1977; DIENZ 1973; DINSE 1977; DOUBRAWA 1977; ENGLER-HAMM 1971; FERSCHING und KURY 1979; GASSER 1970; FICKER 1973; FRANK 1974; FRIEDRICH 1974; MAGYAROSI 1977; MENTZEL und MENTZEL 1977; STADLER 1971; STOCKSMEIER 1973) zeigen, sind in verschiedenen Variablenbereichen des Allgemeinbefindens, des Beschwerden- und Stimmungsgeschehens zum Kurende positive Veränderungen zu erwarten.
Im Gegensatz zur Untersuchung kurzfristiger Kureffekte auf das subjektive Befinden wurde im Hinblick auf die Nachhaltigkeit solcher Effekte bisher wenig Forschungsaufwand betrieben. Die wenigen Studien hierzu erbrachten eher uneinheitliche Ergebnisse.
So deuten manche katamnestische Studien an Patienten, die an stationären Heilmaßnahmen teilgenommen hatten (z.B. STOCKSMEIER 1973; MENTZEL und MENTZEL 1977; DANKO 1977) darauf hin, daß sich die Meßwerte zu Befindensvariablen, insbesondere zu subjektiven Beschwerden, nach 3 bis 6 Monaten wieder auf ein der Kurvor- oder Kuranfangszeit entsprechendes Niveau hinbewegen. Andererseits wurden auch - statistisch gesichert - darüber Anhaltspunkte gewonnen, daß die Befindensverbesserungen länger anhalten (z.B. Zweijahreskatamnese von MEDERT-DORNSCHEIDT und MYRTEK 1977; Einjahreskatamnese von WEBER und MÜLLER 1977). In der Arbeit von MEDERT-DORNSCHEIDT und MYRTEK (1977) zeigten sie sich bei Patienten mit funktionellen Erkrankungen.

Nun wird aber von manchen Autoren (z.B. CREMERIUS 1968) die starke Rezidivierungstendenz der psychovegetativ gestörten Patienten hervorgehoben.

So erscheinen die Hypothesen gerechtfertigt:
"Zum Ende des Heilverfahrens ergibt sich eine bedeutsame Verbesserung in dem durch die FBL erfassten subjektiven Befinden und dem durch die SES definierten Stimmungsgeschehen."

"Die Meßwerte im Beschwerden- und Stimmungsbereich (FBL und SES) werden sich in einer ein halbes Jahr später stattfindenden katamnestischen Befragung nicht bedeutsam von denjenigen, die bei den Patienten zu Beginn des Heilverfahrens festgestellt wurden, unterscheiden."

9.2.4.3 Medizinische Variablen

Die Veränderungen in somatisch-physiologischen und klinisch-chemischen Kennwerten (z.B. Gewicht, Blutdruck, Puls, Laborwerte) werden als wichtiges objektives Kriterium zur Beurteilung von Kureffekten herangezogen (vgl. z.B. KULPE 1975). Zahlreiche medizinische Untersuchungen wurden zu solchen Veränderungen durchgeführt. Sie kamen überwiegend zu dem Ergebnis, daß zum Kurende positive Veränderungen in Richtung verminderter Risikofaktoren (z.B. Cholesterin, Triglyceride, Leberenzym,bei MEDERT-DORNSCHEIDT 1975) oder auch "normalisierende" Veränderungen im Sinne von Erhöhungen sehr niedriger und Verminderungen sehr hoher Werte (z.B. bei Blutdruck und Puls, vgl. z.B. HILDEBRANDT 1960, 1963; HERRMANN 1973) eintraten. Was die längerfristigen, im Vergleich zu solchen eher kurzfristigen Umstellungen betrifft, so scheinen die Verhältnisse weniger eindeutig und günstig zu sein. Darauf haben wir bereits oben (4.4) hingewiesen. In der Studie z.B. von KLEINSCHMIDT (1975) wurde zum Kurende und zur Nachuntersuchung eine erhebliche Gewichtsreduktion erreicht, die bei zusätzlich gruppentherapeutisch behandelten Patienten noch größer war. Gleichwohl berichtet dieser Autor auch, wie z.B. auch HÖFT (1973), daß neben anhaltender Abnahme und Konstanz des Gewichts erneute Erhöhungen in Richtung Übergewichtigkeit zu verzeichnen waren. In der Zweijahreskatamnese von MEDERT-DORNSCHEIDT und MYRTEK (1977) hatte das Körpergewicht durchschnittlich wieder zugenommen. Offenbar können zumindest patienten- und treatmentspezifische Variablen angenommen werden, die eine mehr oder weniger "kurerfolgreiche" Veränderung in medizinischen Kennwerten erwarten lassen.

Unsere Hypothese soll sich, abgesehen von den in manchen Fällen nicht zu erwartenden Ab- sondern Zunahmen, nur auf die durchschnittlichen Veränderungen beziehen. Sie lautet sodann:
"Zum Kurende werden deutliche, positiv zu interpretierende Veränderungen (Verminderungen)in objektiven medizinischen Kennwerten der Kurpatienten eintreten. In der Halbjahreskatamnese wird das Körpergewicht wieder zunehmen und nicht mehr bedeutsam von demjenigen abweichen, wie es zum Kuranfang festzustellen war."

9.2.4.4 Anamnestisch-katamnestische Variablen

Weiter oben haben wir bereits aufgezeigt, daß Bemühungen zur Erreichung gesundheitsförderlichen Verhaltens bei den Kurpatienten zunehmend als entscheidende Aufgaben der stationären Heilmaßnahmen angesehen werden (z.B. HALHUBER 1976). Entsprechende gesundheitserzieherische Aktivitäten sollen "Gesundheitsbewußtsein, Aktivität und Eigenverantwortung in der Bewahrung der Gesundheit und im Prozess des Erkrankens und Gesundens ..." (DEUTSCHER BADERVERBAND u.a. 1976) bei den Patienten fördern. Zum Thema Gesundheitserziehung liegt eine Fülle vom Empfehlungen und Vorschlägen vor. Zunehmend lassen sich auch empirische Studien auffinden.

Inzwischen liegen zum Themenbereich Gesundheitserziehung auch im Kontext von stationären Heilmaßnahmen einige Studien vor (z.B. ANTONS-BRANDI 1973b; BIENER 1970, 1977; BLOHMKE 1971; BRENGELMANN 1975a, 1975b; BUCHMANN 1976; BUNDESVEREINIGUNG FÜR GESUNDHEITSERZIEHUNG 1975; DEUTSCHER BÄDERVERBAND u.a. 1976; FESER 1975; FREYTAG-LORINGHOEVEN 1972; KLEINERT 1975; HAMMER 1976; HAMMER u.a. 1976; HÖFT 1973; LADOU u.a. 1975; MEDERT-DORNSCHEIDT und MYRTEK 1977; SCHAEFER 1975; v.TROSCHKE 1976). Die Ergebnisse aus diesen Studien zu bestimmten Merkmalen gesundheitsadäquaten Verhaltens bei Kurpatienten, wie z.B. Raucherentwöhnung,

körperliche Betätigung und Ernährungsweise, sind nicht einheitlich; u.a. scheinen sie auch von der Art der Modifikationsstrategien abzuhängen (siehe 4). In einigen Studien finden sich unter Bedingungen gesundheitserzieherischer Art, die denen in der Buchinger Kurklinik vergleichbar sind (wenngleich nicht ohne weiteres den Diagnosen der Patienten) gewisse, in katamnestischen Befragungen noch anhaltende gesundheitsförderliche Verhaltensänderungen, z.B. in bezug auf körperliche Betätigung und Rauchen (z.B. DANKO 1977; MEDERT-DORNSCHEIDT und MYRTEK 1977).

Unsere Hypothese lautet unter diesen Umständen - in bezug auf die gesamte LVA-Kurpatientenstichprobe:
"Wir erwarten in der Halbjahreskatamnese zumindest in partiellem Ausmaß anhaltende Veränderungen in Bereichen des Gesundheitsverhaltens, die sich positiv interpretieren lassen."

9.2.5 Hypothese zu Frage 11: Inwieweit lassen sich in den Variablenbereichen der Vergleichsgruppe (zur LVA-Kurpatientenstichprobe) zwischen zwei, dem Kuranfang und Kurende ungefähr vergleichbaren Untersuchungszeitpunkten Veränderungen feststellen? Finden diese Veränderungen in einem weniger bedeutsamen Ausmaß als bei den Patienten, die an einem Heilverfahren teilnehmen, statt?

Diese Frage anhand einer Hypothese zu überprüfen, ergibt sich weitgehend aus unseren Überlegungen zu Frage 10. Zu dieser haben wir bereits angenommen, daß in verschiedenen Variablenbereichen zum Ende des Heilverfahrens bei vielen Patienten positiv interpretierbare und als Kureffekte anzusehende Veränderungen eintreten. Die Frage wäre freilich, wenn von Kurpatienten- und Vergleichsstichproben nicht nur zu den ersten beiden sondern auch zum dritten Erhebungstermin vergleichbare Variablen erhoben worden wären, mit grösseren Schwierigkeiten verbunden, da dann das Problem der Interpretation langfristiger Effekte von Heilmaßnahmen berührt worden wäre (vgl. z.B. MEDERT-DORNSCHEIDT und MYRTEK 1977). Aus der Vielzahl von Studien zu den kurzfristigen

Effekten stationärer Heilmaßnahmen in verschiedenen Variablen(zur Literatur siehe die zur Frage 10 erwähnten Titel) ist zu erwarten, daß sich zwar bei den Patienten zum zweiten Termin positiv interpretierbare Veränderungen in psychologischen Variablen (die zum Vergleich vorliegen) ergeben, die bei Vergleichspersonen aber nicht im gleichen Ausmaß eintreten dürften. Eine präzise Hypothesenformulierung daraus abzuleiten, erscheint aber angesichts der nur begrenzten Vergleichbarkeit der Patienten- und Vergleichsstichprobe, ebenso der beiden Erhebungstermine (bei Vergleichspersonen zwar auch vierwöchiger Abstand, aber nicht in der völlig gleichen Zeit) nicht gerechtfertigt. So belassen wir es lediglich bei der Formulierung: "In den zum Vergleich vorliegenden Variablen der psychologischen Fragebogen sind bei den im Rahmen eines stationären Heilverfahrens behandelten LVA-Kurpatienten zum zweiten Untersuchungstermin umfassendere positiv zu interpretierende Veränderungen als bei den unbehandelten Personen der Vergleichsgruppe festzustellen."

9.2.6 Hypothese zu Frage 12: Unterscheiden sich die Behandlungseffekte der LVA-Kurpatienten, die während des Heilverfahrens eine zusätzliche psychologische Behandlung erhalten haben, von den Effekten bei Patienten ohne eine solche zusätzliche Behandlung?

Zu dieser Frage wurden im Theorieteil ausführlich Voraussetzungen, Möglichkeiten, Methoden und Grenzen einer zusätzlichen psychologischen bzw. kurzpsychotherapeutischen Behandlung im Rahmen stationärer Heilmaßnahmen diskutiert. In der Beschreibung von Kurklinik und Heilmaßnahmen werden auch die an den zusätzlich psychologisch behandelten Buchinger Patienten angewandten Therapiemethoden beschrieben (vgl. 11), die in erster Linie in klientzentrierten Methoden sowie in einer Kombination dieser, verhaltens- und kommunikationstherapeutischer Methoden sowie in verhaltenstherapeutischen Hilfen (vor allem zur Modifikation des Essverhaltens und somit zur Gewichtsreduktion) bestanden.

Ohne auf die allgemeineren theoretisch-methodischen Grundlagen und auf die Form der zusätzlichen psychologischen Behandlung einzugehen, können wir an dieser Stelle die - bereits im theoretischen Teil geäußerte - Vermutung aussprechen, daß für die Patienten mit dieser Kurztherapie deutlichere und stabilere, positiv interpretierbare Kureffekte als bei vergleichbaren Patienten eintreten dürften. Eine entsprechende Folgerung wird u.a. durch die speziell an Kurpatienten, überwiegend mit psychovegetativen Störungen, gewonnenen Ergebnisse aus zusätzlichen psychotherapeutischen Rehabilitationsmaßnahmen nahegelegt (vgl. z.B. BENDORF u.a. 1976; HAMMER u.a. 1976; KLEINSCHMIDT 1975; SAUER und SCHNETZER 1978). Entsprechend der klientzentrierten Behandlung für die Mehrheit der N=29 Buchinger Patienten mit psychologischer Behandlung nehmen wir an, daß die Veränderungen vor allem in psychologischen Variablen sichtbar werden (vgl. GRAWE 1978a; TAUSCH und TAUSCH 1979). Insoweit vorwiegend verhaltenstherapeutisch eher an umgrenzten Verhaltens- und Erlebnisbereichen angesetzt wurde, nehmen wir an, daß bei diesen Patienten in erster Linie Änderungen in den als therapeutischer Ansatzpunkt dienenden Merkmalsbereichen, vor allem dem Körpergewicht, auftreten (vgl. z.B. BIENER 1977; BRENGELMANN 1975a, 1975b; KLEINSCHMIDT 1975; HAUTZINGER 1978). Unsere dementsprechende Hypothese lautet sodann: "In psychologischen Variablen sind am Kurende und in der Halbjahreskatamnese günstigere Ergebnisse der Kurpatienten, die eine zusätzliche psychologische Behandlung erhalten haben, im Verhältnis zu vergleichbaren Patienten, die eine solche Behandlung nicht erhalten haben, festzustellen. Auch in anderen Merkmalsbereichen ergeben sich, vor allem insoweit zusätzliche psychologische Behandlungsmaßnahmen darauf (z.B. auf Gewichtsreduktion) bezogen waren, tendenziell günstigere Ergebnisse der Patienten mit zusätzlicher psychologischer Therapie."

10 Beschreibung der Stichprobe

10.1 Vorbemerkungen

Die folgenden Beschreibungen sollen helfen, einen ersten allgemeinen Eindruck, vor allem in anamnestisch-soziografischer Hinsicht, von der LVA-Kurpatienten-Stichprobe und der Vergleichsgruppe unbehandelter Personen zu vermitteln. Präzisere statistische Überprüfungen zu Unterschieden in einzelnen Kennwerten zwischen interessierenden Personengruppen, z.B. im Berufsausbildungsabschluß zwischen den Geschlechtern, sind in die jeweilige Behandlung der einzelnen 14 Fragestellungen eingearbeitet. Dies gilt z.B. überwiegend auch für die Gruppe der zusätzlich psychologisch behandelten LVA-Kurpatienten, auf die erstmals bei der Schilderung der Klinik und der stationären Heilmaßnahmen (vgl. 11) näher eingegangen wird. Und dies gilt ebenso für die, für Vergleichszwecke herangezogene, BfA-Kurpatientengruppe, zu der wir, im übrigen außer der statistisch-vergleichenden Kennzeichnung im fragenspezifischen Kontext, in Anbetracht der genauen Beschreibung bei WELSCH (1980), keine besonders einführend-allgemeine Charakterisierung geben.

10.2 Gruppe der LVA-Kurpatienten

Die Untersuchungen fanden an insgesamt N=210 männlichen und weiblichen Patienten statt, die in den Monaten Februar bis April 1977 an einem vierwöchigen stationären Heilverfahren (Kur) der LVA-Kurklinik Buching/Allgäu (Chefarzt: Obermedizinaldirektor Dr. H. HÖFT) teilnahmen. Insgesamt wurden diese Personen an drei Untersuchungsterminen (T), und zwar zum Kuranfang (T1) und Kurende (T2) sowie im Rahmen einer ein halbes Jahr später stattfindenden katamnestischen Erhebung (T3) untersucht (ausführlicher Untersuchungsplan siehe 12). Da wir eine Altersbegrenzung auf 30 bis 50 Jahre planten, werden die Daten der darunter und darüber

liegenden Altersstufen einstweilen nicht weiter ausgewertet. Auch einige Ausländer mit nur geringen deutschen Sprachkenntnissen und somit unzureichendem Testverständnis bezogen wir nicht in die Untersuchung ein. Bezogen auf den ersten Erhebungszeitpunkt zum Kuranfang verbleibt sodann eine Stichprobe von N=180 Personen (bei unterschiedlichen missing data, je nach einzelnen Variablen; vgl. Tab. 1). Die Daten vom zweiten Erhebungszeitpunkt, dem Abschluß des Heilverfahrens, liegen von N=175 Patienten (max.) vor. Bei den 5 fehlenden Personen handelt es sich um Patienten, die aus besonderen Gründen früher abreisten oder die Testteilnahme verweigerten. An der Halbjahreskatamnese nahmen N=139 Personen teil, was einem Anteil von 77,2% entspricht (missing data zu T2 und T3 siehe auch Tab. 1). Allerdings waren 5 weitere Personen aus verschiedenen Gründen (unbekannt verzogen; vom Ehepartner getrennt und dieser schickt leere Unterlagen zurück) nicht erreichbar und zwei Personen teilten bereits zum Kurende mit, daß sie nicht an der katamnestischen Untersuchung teilnehmen würden. Legt man dann die verringerte Zahl von 173 Personen zugrunde, bei denen bekannte subjektive Faktoren für die Untersuchungsteilnahme entscheidend waren, so beträgt die Rücklaufquote 80,3%. Die betreffenden Katamneseteilnehmer unterscheiden sich nur in wenigen anamnestisch-sozialen Kennwerten von den Nichtteilnehmern: Unter den Teilnehmern sind etwas mehr Personen, die keine oder $\geq$ 2 (nicht 1) Kinder haben, zum wiederholten Male an einem Heilverfahren teilnahmen, außerdem in der Zeit vor der Kur weniger häufig und lang krankgemeldet waren und weniger berufsbezogene "life events" angaben. In psychologischen und medizinischen Kennwerten unterschieden sich beide Gruppen so gut wie nicht voneinander (detaillierter siehe 12). So können die auf den dritten Untersuchungstermin bezogenen Ergebnisse als weitgehend repräsentativ für die gesamte Stichprobe der LVA-Kurpatienten gelten, besonders insoweit die wenigen unterschiedenden Merkmale in unseren Datenanalysen kontrolliert werden.

Die weiteren Schilderungen beziehen sich auf die Stichprobe der erwähnten N=180 Patienten. Es handelt sich um N=131 Männer und N=49 Frauen. Zum Zeitpunkt des Heilverfahrens gehörten der Altersgruppe zwischen 30 und 40 Jahren N=103 und der Altersgruppe zwischen 41 (wenn über 40 Jahre und 6 Monate) und 50 Jahren N=77 Patienten an. Das durchschnittliche Alter lag bei 39,42 Jahren (Standardabweichung = 5,64). 152 der Patienten waren verheiratet, 12 geschieden und 16 ledig. 147 der 180 Patienten hatten Kinder (102 1 bis 2 Kinder, 36 3 bis 4 Kinder, 9 5 Kinder und mehr). Wie bei Patienten der LVA, die einen Träger der Arbeiterrentenversicherung darstellt, zu erwarten, haben die meisten (N=155) die Volksschule abgeschlossen und nur wenige weiterführende Schulen besucht (Mittelschule N=5; Berufsfachschule immerhin N=27; Fachhochschule nur noch N=1). Über eine Berufsausbildung verfügen N=111 Patienten. Praktisch alle Patienten (außer N=3 "Nur-Hausfrauen") stehen in einem Arbeitsverhältnis, allerdings waren zum Zeitpunkt der Kur N=11 arbeitslos gemeldet. Die beruflichen Tätigkeiten der Patienten verteilten sich erwartungsgemäß hauptsächlich auf die Klassen "Einfacher Arbeiter" (N=85) und "Spezialarbeiter/Facharbeiter" (N=65), während auf andere, insbesondere höher gestellte Tätigkeiten ("beruflich Höhergestellte") weniger Angaben entfallen ("Vorarbeiter", N=7; "Meister", N=4; "Beamter, Angestellter", N=7; "höherer Beamter, leitender Angestellter", N=1; "Selbständiger, Gewerbetreibender, Landwirt", N=8). Die eben genannten Einteilungen beruhen auf Klassifikationen des FPI (FAHRENBERG u.a. 1978a) in Verbindung mit solchen aus Kurpatientenuntersuchungen von v.FERBER (1972, 1974).

Entsprechend der Zuständigkeit der Kurklinik Buching entfallen von den Erstdiagnosen, die durch die dortigen Ärzte gestellt wurden, die meisten, nämlich N=158, auf die Gruppe der "Psychovegetativen Syndrome", während die weiteren 22 auf andere Störungen und Krankheiten verteilt sind.

Über die Hälfte der Patienten befand sich noch nicht zur Kur (N=1o7), während N=49 Patienten schon an 1, N=14 Patienten an 2 und N=8 Patienten an 3 und mehr stationären Heilverfahren teilgenommen hatten, so daß N=71 Kurwiederholer waren.

Auf die Kurgruppen, die entsprechend der Namen ihrer Unterbringungsgebäude bezeichnet werden, verteilten sich die Patienten folgendermaßen: Gruppe Rauhenbichl N=25, Gruppe Kniebis N=48, Gruppe Kühberg N=50, Gruppe Berghof N=57.

10.3 Vergleichsgruppe

Eine Vergleichsgruppe unbehandelter Personen in die Datenauswertung einzubeziehen, erscheint verlockend, um Anhaltspunkte einmal darüber zu gewinnen, inwieweit bestimmte Merkmalsausprägungen für Kurgänger bzw. für die "Bedingungen", unter denen es zu einer vermehrten Wahrscheinlichkeit der Kurbeantragung kommt, besonders charakteristisch sind, zum anderen zu der Frage zu erhalten, inwieweit die nach Beendigung des Heilverfahrens bei den Patienten festzustellenden Veränderungen tatsächlich kurbehandlungsspezifische Einflüsse zum Ausdruck bringen. Bereits an dieser Stelle ist aber gegenüber Erwartungen im Sinne exakterer Kontrollgruppenpläne, die durch diese beiden Vergleichsmöglichkeiten stimuliert werden könnten, einschränkend zu sagen: Die Daten der Vergleichsgruppe waren zunächst erhoben worden, um die Stabilität bzw. Veränderung in bestimmten Merkmalen (u.a. FPI-Variablen) zwischen zwei, dem T1 und T2 lediglich in etwa entsprechenden Zeitpunkten zu überprüfen, was einen Vergleich mit den intraindividuellen Veränderungen bei den untersuchten LVA- aber auch BfA-Kurpatienten, nur ungefähr ermöglichen konnte. Dies ist durch die Verfügbarmachung der Vergleichsgruppendaten durch Herrn Dr. HAMPEL (vgl. HAMPEL 1978) in dankenswerter Weise möglich, ebenso wie eine "sekundäre" Nutzung dieser Kennwerte zur Auffindung von "Auffälligkeiten" der Kurgänger im Vergleich zu den (unbehandelten) Nichtkurgängern möglich ist. Strengere,

"quasiexperimentelle" Bedingungen sind damit aber nicht gegeben, zumal sich auch in den Untersuchungsbedingungen - die Vergleichsgruppenpersonen wurden in der häuslichen Umgebung "getestet" - Unterschiede ergeben; abgesehen von weiteren Unterschieden, die wir im Zuge der fragenspezifischen Unterschiedsanalysen zwischen Vergleichsgruppe und Patientengruppe noch eruieren.

11 Beschreibung von Kurklinik und stationären Heilmaßnahmen

Wir beschreiben zunächst kurz einige der Bedingungen und Formen des Heilverfahrens an der Buchinger LVA-Kurklinik, die mehr oder weniger für alle dortigen Patienten gelten. Dabei berücksichtigen wir die Aspekte der Lage, der - insbesondere personell-therapeutischen - Ausstattung, der Indikation und des Kurplans. Wir orientieren uns hauptsächlich an Informationen, die zu diesen Gesichtspunkten vom Chefarzt der Kurklinik Buching, Dr. HÖFT, an mehreren Stellen (z.B. 1973, 1976) gegeben wurden. Sodann stellen wir die zusätzliche psychologische Behandlung, die eine begrenzte Zahl von Patienten erhielt, dar.

Die Kurklinik Buching wurde als Sanatorium der Landesversicherungsanstalt (LVA) Schwaben 1963-65 im Ostallgäu bei Füssen auf 830 m MH erbaut. Sie befindet sich inmitten einer seenreichen, in den Höhenformationen reich gegliederten Landschaft (ebene Flächen bis alpine Zonen über 2.000 m MH) mit einem milden Reizklima. Dies sind günstige Voraussetzungen für eine bestimmte Kurform, die von BECKMANN (vgl. BECKMANN u.a. 1961) als internistische Übungsbehandlung inauguriert worden war. Allerdings sind die Indikationen nicht nur auf den internistischen Fachbereich beschränkt (siehe unten). Infolge baulicher Erweiterungen sowie der Perfektionierung der Röntgenabteilungen und Laboratorien erhielt das Sanatorium zum 1.1.1976 den Status einer Kurklinik.

Die Klinik ist in der Regel mit vier Patientengruppen zu jeweils 30 gleichgeschlechtlichen Personen belegt, die in vier Gebäuden untergebracht sind. Bei diesen Personen handelt es sich um LVA-Versicherte. Daneben befinden sich regelmäßig einzelne Privatpatienten zur Kur, die in einer eigenen Gruppe zusammengefasst sind.

Zum medizinisch-therapeutischen Personal gehören neben dem Chefarzt vier Gruppenärzte und fünf Gruppenbetreuerinnen (Ausbildung z.B. als mediz. Bademeisterin).

Die Indikation der Kurklinik Buching wurde bei der Koordinierung der Bettenbelegung der bayrischen Landesversicherungsanstalten auf die Diagnosegruppe 5 "Psychovegetative Leiden" festgelegt. Sie sind im Diagnoseschlüssel der Rentenversicherung als "körperliche Störungen vermutlich psychogenen Ursprungs" definiert und werden, wie vielfach in der Literatur, als psychosomatische Störungen im weiteren Sinne von denjenigen im engeren Sinne (wie z.B. Asthma, Ulcus) unterschieden (vgl. 2.3). Die psychovegetativen Leiden und Störungen, die sich zur Behandlung in Buching eignen, umfassen (in Anlehnung an DELIUS und FAHRENBERG 1966) das psychovegetative Elementarsyndrom (vegetative Dystonie, konstitutionelle Nervosität, neurasthenische Reaktionen, weiterhin Anfallsformen (vago-vasaler, sympathiko-kardialer und tetanischer Art) und Funktionsstörungen des kardiovaskulären, Respirations-, Gastrointestinal-inknetorischen-, Stütz-, Bewegungs- und Kopfbereichs. Als für die Buchinger Kurform gut geeignet erwiesen haben sich auch Überernährung (bis 20% Übergewicht),weniger gut Fettsucht (über 20% Übergewicht), und Verbiegung der Wirbelsäule ("Haltungsschäden").

Die Diagnosestellung, die durch die Ärzte der Kurklinik erfolgt, unterscheidet innerhalb der "Psychovegetativen Syndroms" noch die folgenden 10 Untergruppen (denen im folgenden die klinikspezifischen Codierungen vorgeschaltet werden): B50 Erschöpfungssyndrom oder Überforderungssyndrom, B51 Konstitutionelle Asthenie, B52 Hypotone Regulationsstörung, B53 Herzneurose, B54 Hypertone Regulationsstörung, B55 Hyperkinetisches Herzsyndrom, B56 Nervöses Atmungssyndrom, B57 a) Muskuläres Verspannungssyndrom, b) Spannungskopfschmerz, B58 Funktionelle Verdauungsstörungen, B 59 Vegetatives Urogenitalsyndrom.

Die Kontraindikationen der Kurklinik Buching werden mit Kernneurosen (die eine umfassendere psychotherapeutische Behandlung erfordern), nicht gemeinschaftsfähigen Psychopathien, organischen Erkrankungen (die Bettruhe erfordern), Alkoholismus, sowie den Altersgruppen über 55 Jahren bei Männern und über 45 Jahren bei Frauen angegeben.

Der Kurplan, in dem die diagnostischen und therapeutischen Aktivitäten zusammengefasst sind, steht unter dem Selbstverständnis der Buchinger Kurklinik als einem "...Gesundheitszentrum, in dem Menschen mit psychovegetativen Syndromen und verwandten Zuständen Hilfe zur Selbsthilfe erhalten und selbstaktive Bemühungen um die Gesundheit unter ärztlicher Anleitung ... im Vordergrund" stehen (HÖFT 1976, S. 1). Die Gesundheitsmaßnahmen bestehen im wesentlichen aus: 1. Information: Deren Grundlage bildet die eingehende Darstellung der individuellen Gesundheit des Patienten im Einzelgespräch anhand umfangreicher diagnostischer Maßnahmen, wobei besonderer Wert auf die Funktionsdiagnostik gelegt wird (Belastungstests in Kreislauf- und klinisch-chemischem Labor, Funktions-Röntgenologie). Dieser Befund ist auch eine wichtige Grundlage der allgemeinen Gesundheitsbelehrung in Gruppen. 2. Bewegungstherapie: Ihr Ziel ist eine Kondition, die es dem Patienten erlaubt, den Anforderungen des täglichen Lebens gut nachzukommen. Entsprechende Maßnahmen sind u.a. Schwimmen, gymnastische Übungen und Terrainkur als gestufte aktive Übungsbehandlung. 3. Umstellung auf eine gelassene Haltung: Sie stellt ein Hauptziel der Kur bei psychovegetativen Syndromen dar. Die Ansätze sind angesichts der Patientenheterogenität, z.B. unter den Gesichtspunkten der Vorbildung, des Geschlechts, der Aktivität, mehrschichtig und gruppieren sich um
a) obligate Ruhepausen und Entspannungsübungen, b) psychotherapeutische Einwirkungen anhand biographischer Anamnese, psychologischer Tests und Beobachtung vor allem im Sinne einer Aussprache und psychoagogischen Führung, und
c) gruppentherapeutische Einwirkungen, u.a. in der Weise, daß die Gruppe zu erwünschtem Gesundheitsverhalten zu stimulieren versucht wird, was dann entsprechende Haltungen einzelner Gruppenmitglieder verstärken soll. 4. Kurative Therapie: Hierzu gehören insbesondere die Fortsetzung und ggfs. Neuanpassung der - hausärztlich geleisteten - medikamentösen Therapie sowie die Nutzung physikalischer Therapieeinrichtungen. Mit diesen ist die Klinik überdurchschnittlich ausgestattet. U.a. stehen zur Verfügung:

2 Gymnastikhallen, 2 Hallenschwimmbäder, Sauna, medizinische Bäder, Unterwasserdruckstrahl/Stangerbad, Kneipp-Einrichtungen, differenzierte Elektrotherapie, Inhalation. In den Vordergrund werden Maßnahmen gerückt, die der Patient zu Hause weiterführen kann. 5. Vollwertkost, Diät: Die Allgemeinkost hat Demonstrationscharakter; die Reduktionskost (etwa 2/5 aller Ausgaben) ist sorgfältig geplant (ca. 1350 Kal.). Alle Diätformen sind möglich.

11.1 Die zusätzliche psychologische Behandlung

Gemäß einer unserer wichtigen Zielsetzungen, die Vorbedingungen und die Effekte der stationären Heilmaßnahmen von Patienten mit und Patienten ohne zusätzlicher psychologischer Behandlung miteinander zu vergleichen, hatten wir zunächst folgendes Vorgehen beabsichtigt: Es sollte erstens eine Gruppe von Patienten zusammengestellt werden, die eine individuelle kurzpsychotherapeutische Behandlung,in erster Linie Gesprächspsychotherapie, teilweise Verhaltenstherapie, erhält. Zweitens sollte eine Gruppe von Patienten gebildet werden, die an einer gruppentherapeutischen Behandlung teilnimmt. Diese war schwerpunktartig als "Trainingsgruppe" intendiert, in der die zu behandelnden Patienten, die anzugehenden Probleme, die anzustrebenden Ziele und die einzusetzenden Methoden überwiegend im vorhinein festgelegt werden. Teilweise sollte die Gruppe auch als Problemlösungsgruppe fungieren, in der Probleme und Ziele erst im Laufe des Gruppenprozesses identifiziert werden (vgl. entsprechende Unterscheidung bei GRAWE 1978b, S. 2704). Ein Vergleich dieser beiden Gruppen mit einmal individual- und zum anderen gruppentherapeutischer Behandlung sollte sich anschließen. Eine Aufteilung therapeutischer und diagnostischer Aufgaben auf verschiedene Personen war beabsichtigt. Dieses therapeutische Vorgehen in Verbindung auch noch mit den psychodiagnostischen Erhebungen hätte den Einsatz mehrerer Personen (z.B. Diplomanden) erfordert. Ein so umfang-

reiches Programm erwies sich jedoch als mit dem Klinikbetrieb nicht verträglich. Als durchführbar und mit den übrigen Heilmaßnahmen vereinbar stellte sich hingegen bereits im Zuge der Vorbesprechungen, insbesondere mit dem Chefarzt, heraus, daß ein bis höchstens zwei Personen die psychodiagnostischen Untersuchungen und die zusätzliche psychologische Behandlung für besonders belastete und "bedürftige" Patienten übernehmen.

Im Hinblick auf die Indikationsstellung einer solchen Behandlung, die erste Entscheidungen über Therapieziele, die für den einzelnen Patienten angemessen erschienen, über Therapiemethoden sowie eine individuelle Erfolgsabschätzung enthielt (vgl. GRAWE 1978a, S. 1851), wurden folgende Informationsbereiche und Bedingungen in Rechnung gestellt, die wir zunächst beschreiben und dann in ihrer tatsächlichen Bedeutung einschätzen:

1. Verhalten, Schilderungen und Wünsche der Patienten im Rahmen des Psychologischen Interviews; Reaktionen des Interviewers;
2. Hinweise der Ärzte;
3. Ergebnisse in psychologischen Tests;
4. Kapazität und Vorbildung der Therapeuten;
5. Vergleichbarkeit der Personen mit und ohne zusätzlicher kurzpsychotherapeutischer bzw. psychologischer Behandlung.

Zu 1.: Im Psychologischen Interview wirkten zahlreiche Patienten deutlich beunruhigt, belastet und verzagt. Damit hingen häufig Konflikte mit dem (Ehe-)Partner, mit dessen und der eigenen Herkunftsfamilie, mit den eigenen Kindern und vor allem auch allgemeinere Kontakt- und Selbstsicherheitsprobleme zusammen. Auch Überforderungs- und Frustrationserlebnisse am Arbeitsplatz wurden genannt, die wiederum vielfach mit überstark erscheinenden Anforderungen der Patienten an sich selbst und mangelnder "Effektivität" bei der Vertretung eigener Ansprüche und Wünsche zusammenhingen.

Manche Patienten standen unter aktuellen Entscheidungskonflikten (z.B. bezüglich der Ausbildung der eigenen Kinder). Häufig mit diesen psychischen und psychosozialen Problemen gekoppelt, teilweise auch ganz im Vordergrund, standen leibliche und funktionelle Beschwerden wie sexuelle Funktionsstörungen, Spannungs- und Müdigkeitszustände sowie übermäßige Erregbarkeit und diffuse Ängste. Einige Patienten suchten auch psychologische Hilfe zur Änderung gesundheitsbeeinträchtigender Verhaltensweisen, bei denen übermäßiges Essen im Vordergrund stand. Manche der Patienten wünschten von sich aus psychologische Aussprache und Behandlung, einigen wurde die Möglichkeit dazu vom Interviewer in Aussicht gestellt.

Zu 2.:Mit den Ärzten war vereinbart worden, daß sie einzelne Patienten mit psychosozialen Problemen auf die Möglichkeit einer zusätzlichen psychologischen Hilfe hinweisen.

Zu 3.:Diese Informationen, vor allem aus den Meßwerten im BPI, wurden in erster Linie dann herangezogen, wenn ärztliche Untersuchung und/oder psychologisches Interview zu unsicheren Ergebnissen hinsichtlich der psychischen Belastungen und Konflikte eines Patienten kamen. Solche eher psychischen Probleme konnten z.B. unter sogenannten larvierten Depressionen besonders leicht verborgen bleiben.

Zu 4.: Zur Durchführung der zusätzlichen psychologischen Behandlung standen der Verfasser sowie dessen Frau zur Verfügung. Er verfügt neben der psychologischen über eine verhaltens- und gesprächspsychotherapeutische Ausbildung und sie neben einer sozialpädagogischen über eine Ausbildung in Ehe- und Familienbehandlung. Durch die Vorbildung war auch eine Begrenzung der therapeutischen Methoden gegeben. Eine andere Einschränkung, die eine nur begrenzte Zahl psychologisch zu behandelnder Patienten nahelegte, resultierte aus der Kapazität, die beiden Therapeuten im Zuge der etwa zweieinhalbmonatigen Mitarbeit an der Klinik möglich war.

Zu 5.: Neben den eben genannten Einschränkungen war es besonders noch die folgende Überlegung, die die Begrenzung der zusätzlichen psychologischen Behandlung auf eine kleinere Anzahl von Patienten nahelegte. Unter dem Gesichtspunkt der im Psychologischen Interview zum Ausdruck kommenden psychischen Belastung, die hier zunächst einmal vom Untersucher auf einer "Dimension" geratet wurde ("Belastungsrating"), sollten die Patienten mit und ohne zusätzlicher Kurzpsychotherapie miteinander vergleichbar sein.

Eine zusätzliche psychologische Behandlung wurde sodann mit insgesamt 35 Patienten vereinbart. Zuvor erhielten sie noch die Instruktion, daß sie weitgehendst selbst bestimmen, was besprochen und bearbeitet wird. Auch wurde ihnen mitgeteilt, daß eine oder zwei Sitzungen im allgemeinen nicht ausreichend sondern mehrere Sitzungen erforderlich seien. Von den 35 Personen waren es 6, die - nach meistens einer - Sitzung die Therapie abbrachen. So verblieben N=29 Patienten, N=18 Männer und N=11 Frauen, in der Behandlung. Die zu vermutende tatsächliche Bedeutung der genannten fünf Bereiche für die Auswahl und das Verbleiben dieser Personen dürfte sich folgendermaßen umschreiben lassen: Auf den - neben den als eher "feste Größen" gegebenen kapazitäts-, vorbildungs- und vergleichbarkeitsbezogenen Gesichtspunkten - verbleibenden "Selektionsspielraum" für das Zustandekommen der zusätzlichen psychologischen Behandlung an den 29 LVA-Kurpatienten nahmen offenbar vorrangig die im erstgenannten Bereich zusammengefassten Faktoren (Schilderungen der Patienten, Reaktionen des Interviewers), und zwar in Verbindung mit den anfänglichen therapeutischen Erfahrungen von Behandelten und Behandelnden, sodann die Empfehlungen der Ärzte und eher sekundär die Testergebnisse Einfluß. Konkret heißt dies u.a., daß aufgrund der Schilderungen im Interview von den N=29 Patienten durch den Untersucher N=24 als in erhöhtem und N=5 als in mittlerem Ausmaß belastet, jedoch keine als unbelastet eingestuft wurden.

Daß darüber hinaus motivationale und emotionale Faktoren bei Interviewer und Patienten eine Rolle spielten, geht z.B. daraus hervor, daß belastungs- und verarbeitungsrelevante Einschätzungen durch den ersteren in mittlerem Ausmaß mit der (dichotomisierten Variable der erhaltenen bzw. nicht erhaltenen) zusätzlichen psychologischen Behandlung zusammenhängen (für jeweils eingestufte Belastung r .29, Ängstlichkeit r .30, Selbstexplorationr.40, bei allerdings r um .0 für Klagsamkeit und Sympathie) und dementsprechende Beziehungen auch für den durch die zweitgenannten eingeschätzten Nutzen von psychologischen Untersuchungen und Gesprächen (r .38) vorhanden sind (vgl. Tab. 33). Praktisch allen der 29 Personen wurde im Interview ausdrücklich eine psychologische Behandlungsmöglichkeit in Aussicht gestellt, worauf die Ärzte bereits bei der Einführung gegenüber den jeweils gesamten Patientengruppen in allgemeiner Weise hingewiesen hatten. Von sich aus äußerten 20 der 29 Patienten bereits im Interview den Wunsch nach "weiteren" Gesprächen. Die Empfehlungen der Ärzte an einzelne Patienten scheinen eine etwas geringere Rolle für das Zustandekommen der zusätzlichen psychologischen Behandlung zu spielen. Nach ihren und den Angaben der Patienten wurden solche Empfehlungen in 10 der 29 Fälle gegeben. Die Testergebnisse haben eher nachträglich zum Zustandekommen beigetragen. Sie wurden im BPI zwar für alle (gemäß Interview potentiellen) Patienten mit zusätzlicher psychologischer Behandlung ermittelt, spielten aber erst, nachdem bei Patienten oder (ärztlichen und nichtärztlichen) Therapeuten entsprechende Erwägungen angestellt worden waren, eine - meistens - noch bestätigende Rolle (z.B., wenn Auffälligkeiten im Sinne erhöhter Gehemmtheit oder Depressivität vorhanden waren). Schließlich sei noch auf die Bedeutung der vermutlich gleich nach Beginn der Behandlung wirksam gewordenen Selektionsfaktoren verwiesen. Hierbei scheinen die Einflüsse in Verbindung mit den verschiedenen Therapeuten (Verfasser und Ehefrau) nicht sehr unterschiedlich gewesen zu sein, was daraus folgt, daß bei beiden eine ähnliche relative Abbruchquote, im ersten Fall von N=4 und im zweiten N=2, vorkommt (und zwar

im Verhältnis zu 21 bzw. 8 Behandelten).

Darüber hinaus wurden im Zuge etlicher statistischer Überprüfungen die in interindividueller und intraindividueller Hinsicht auftretenden Unterschiede zwischen den genannten N=29 zusätzlich psychologisch behandelten Patienten und anderen vergleichbaren (z.B. parallelisierten) Patienten der LVA- und auch BfA-Patienten-Stichprobe ermittelt. Diese Differenzen und somit eine weitere Charakterisierung der zusätzlich behandelten Personen sind in die betreffenden fragenspezifischen Abhandlungen (insbesondere zu den Fragen 12,13 und 14) eingearbeitet.

Die zusätzliche psychologische Behandlung soll nun, bezogen auf die 29 behandelten Personen, noch etwas näher beschrieben werden. Sie umfasste pro Patient zwischen 4 und 12 Sitzungen, die in der Regel eine 3/4 Stunde dauerten. Der Mittelwert der Sitzungszahl liegt bei 6.90 bei einer Streuung von 3.27 (vgl. Tab. 1).

Wie angedeutet, übernahmen in 21 der 29 Fälle der Verfasser und in 8 dessen Frau die zusätzliche psychologische Behandlung, wobei diese sich auf Patienten mit Ehe-, Familien- und Sexualproblemen konzentrierte.

Unter den schwerpunktartig angewandten therapeutischen Methoden spielte die person- bzw. klientzentrierte in 17 Fällen die Hauptrolle, während diese in Verbindung mit verhaltens- und kommunikationstherapeutischen Methoden in 7 und die (fast ausschließliche) Verhaltenstherapie in 5 Fällen zum Einsatz kam. Die zuletztgenannte spielte besonders bei Essproblemen und Übergewichtigkeit sowie bei (in zwei Fällen gegebenen) phobischen Reaktionen (hier besonders mit Desensibilisierungsübungen) eine Rolle. Die zweitgenannte Methodenkombination wurde besonders bei emotionalen Problemen und Verhaltensproblemen, z.B. im Bereich des Selbstsicherheits- und Kontaktverhaltens, außerdem bei sexuellen Partnerkonflikten und Problemen in der Interaktion mit den eigenen Kindern gewählt. Das erstgenannte perso-

nenzentrierte Vorgehen war bei den übrigen Problemen, vor allem insoweit sie mit inneren Konflikt- und Spannungszuständen sowie Beschwerden verbunden waren, maßgebend. Allerdings wurde dieses gesprächspsychotherapeutisch orientierte Vorgehen mit verschiedenen Varianten, die unter kurztherapeutischen Bedingungen für Patienten, die meistens an psychischen und zugleich körperlichen Störungen leiden, angemessen erschienen, kombiniert. Solche Varianten waren u.a., auf die häufig genannten körperlichen Symptome als eine bei vielen Patienten zunächst einmal gegebene Art der Selbstwahrnehmung einzugehen (vgl. z.B. MENTZEL 1969; STEPHANOS 1973, 1979) und dabei auch ihre sprachlichen, ihre Denk- und Attribuierungsmöglichkeiten, etwa im Sinne des "Joining" (vgl. BANDLER und GRINDER 1975),mitzuvollziehen. Eine andere Variante bestand darin, den Patienten anzuregen, sich auf bestimmte Erlebnis-, Verhaltens- und körperliche Vorgänge im Sinne eines erlebnisaktivierenden und fokussierenden Vorgehens "einzulassen", um sich auch mit den bisher schwerer zugänglichen gefühlshaften Erlebnisvorgängen auseinanderzusetzen (vgl. BENSE 1977; neuerdings BOMMERT und DAHLHOFF 1978; PAVEL 1978). Damit hing eng die Variante eines "amplifizierenden" therapeutischen Arbeitens zusammen, in der dem Patienten neue Sichtweisen zu seinen Problemen und Problemlösungen angeboten werden (vgl. BASTINE 1976).

Ein Großteil der therapeutischen Sitzungen wurde - mit Einverständnis der Patienten - auf Tonband aufgenommen. Mit Einwilligung der Patienten erhielten die zuständigen Gruppenärzte für ihren abschließenden Bericht, der u.a. an den Hausarzt ging, kurze Angaben über Art des Problems, der zusätzlichen psychologischen Behandlung und der eventuell empfohlenen weiteren Maßnahmen (z.B. Ehe- und/oder Familientherapie).

12 Untersuchungsplan und statistisches Auswertungsdesign

12.1 Vorbemerkungen

In dem vorliegenden Abschnitt beschreiben wir die Planung und Durchführung unserer empirischen Untersuchungen, vor allem insoweit diese an der Stichprobe der LVA-Kurpatienten sowie an der Vergleichsgruppe erfolgten. Außerdem geben wir im Sinne einer zentralen Orientierung eine Übersicht über das zur Bearbeitung der genannten Problembereiche und Fragestellungen (vgl. 7) gewählte statistische Auswertungsdesign. Dabei stehen allgemeinere Gesichtspunkte und Datenverarbeitungsansätze im Vordergrund, während im Rahmen der jeweiligen fragenspezifischen Ergebnisdarstellung nochmals detailliert auf die angewendeten statistischen Verfahren eingegangen wird. In diesem Zusammenhang sei nochmals darauf hingewiesen, daß es der in mancher Hinsicht erst in den Anfängen stehende Stand der rehabilitations- bzw. kurpsychologischen Forschung nahelegt, anhand eines breiten Variablensatzes ein vorwiegend deskriptives und exploratorisches Vorgehen bei der Datenverarbeitung zu wählen. Umso mehr muß aber bereits an dieser Stelle auf die Notwendigkeit verwiesen werden, Nachfolgeuntersuchungen bzw. Replikationsstudien an die vorliegende Studie anzuschließen, da der von uns bevorzugte multivariate Ansatz die Wahrscheinlichkeit der Ansammlung von Zufallsfehlern und somit der Beeinträchtigung valider Folgerungen erhöht. Denkbar wäre es, mit statistischen Korrekturmaßnahmen, z.B. der Jack-Knife-Technik, auf die Verminderung zufallsbedingter Resultate hinzuarbeiten.

12.2 Plan und Durchführung der Untersuchungen

Die an den LVA-Kurpatienten der Kurklinik Buching vorgesehene Datengewinnung war, wie schon erwähnt, zu den drei Erhebungszeitpunkten des Beginns und Endes des Heilverfahrens (Februar bis Apirl 1977) sowie der Halbjahreskatamnese geplant (August bis Oktober 1977). Dementsprechend wurde

sie auch verwirklicht. Ungefähr parallel zu den beiden erstgenannten Zeitpunkten wurde auch die Vergleichsgruppe unbehandelter Personen untersucht. Die Untersuchungen an den BfA-Kurpatienten der Parallelstudie (WELSCH 1980) fanden planungsgemäß in einem etwa ein halbes Jahr später liegenden Zeitraum, und zwar anhand eines weithin identischen Variablensatzes und zu ebenfalls einem Kuranfangs-, Kurende- und Halbjahreskatamnesetermin, zusätzlich noch zu einem vier Wochen vor dem Kuranfang liegenden Voruntersuchungstermin, statt.

Anhand welcher Methoden- und Variablenbereiche sodann die LVA-Kurpatienten und die unbehandelten Personen der Vergleichsgruppe untersucht wurden, geht aus der folgenden Übersicht hervor (Patientengruppe der LVA-Kurklinik Buching als PG, Vergleichsgruppe der unbehandelten Personen als VG abgekürzt):

Methoden- und Variablenbereiche	Anfang des Heilverfahrens (T1)	Ende des Heilverfahrens (T2)	Halbjahreskatamnese (T3)
Anamnestischer Erhebungsbogen	PG VG		
Katamnestischer Erhebungsbogen			PG
Psychologisches Interview	PG		
Fragebogen Einstellung zur Kur EzK	PG		
Fragebogen Beurteilung der Kur BdK		PG	PG (explizit nur anh. einz.Items)
Fragebogen zur Erfassung subjektiver Krankheitskonzepte und Behandlungsvorstellungen KKB	PG	PG	PG
Fragebogen Hypochondrie und Gesundheitsverhalten HG	PG VG	PG VG	PG
Freiburger Persönlichkeits-Inventar FPI (vier ausgewählte Skalen 2, 9, E, N)	PG VG	PG VG	PG
Buchinger Persönlichkeits-Inventar BPI	PG	PG	
Freiburger Beschwerdenliste FBL (Skala Allgemeinbefinden)	PG VG	PG VG	PG
Adjektiv-Skalen zur Einschätzung der Stimmung SES	PG VG	PG VG	PG
Fragebogen zur Erfassung subjektiver psychosozialer Belastungen im Zusammenhang mit Ehe, Familie und Beruf BFB	PG VG	PG VG	PG
Einschätzung der Patienten durch Gruppenarzt u. Gruppenbetreuerin (Arzt- und Betreuerin-Rating)		PG	
Medizinische Variablen (somatische,physiologische,klinisch-chemische Kennwerte)	PG	PG	PG (nur noch Gewicht)

Im einzelnen wurde die Datenerhebung folgendermaßen organisiert: Die Patienten werden in der Regel am frühen Abend ihres Anreisetages von Gruppenarzt und Gruppenbetreuerin begrüßt und in die Konzeption der Kurklinik Buching eingeführt. Um in einer von dieser Einführung möglichst unbeeinflußten Situation die Einstellungen und Erwartungen der Patienten bezüglich der Heilmaßnahmen, ebenso deren Beschwerdenangaben und Krankheits- und Behandlungsvorstellungen, zu erheben, erhielten sie noch vorher die entsprechenden Testmaterialien, bestehend aus EzK, FBL und KKB im Gruppenversuch. Der Gruppenarzt gab dazu den Hinweis, daß neben der medizinischen auch eine psychologische Untersuchung und im Bedarfsfall eine psychologische Beratung oder Behandlung durchgeführt werde. Die Testergebnisse, so wurde den Patienten noch mitgeteilt, würden vertraulich behandelt.

Parallel zu der ab dem Morgen des nächsten Tages beginnenden ärztlichen Untersuchung fanden dann durch den Verfasser die Psychologischen Interviews mit den einzelnen Patienten statt, die jeweils mit der Anamneseerhebung gekoppelt wurden. Das Interview dauerte pro Patient meistens um 25 Minuten.

Im zeitlich engen Zusammenhang mit dem Interview, in der Regel kurz davor, wurden die Fragebogen BFB und HG im neutralen Kuvert, auf dem sich lediglich eine Registriernummer befand, an die Patienten gegeben. Damit sollte eine gewisse Privatheit für die Beantwortung der "heikleren" Fragen zu subjektiven Belastungen geschaffen werden. Gleichzeitig erwarteten wir, daß solche intimeren"psychologischen"Fragen in Verbindung mit den "medizinisch" wirkenden Items des Bogens HG, welche vermutlich eher den vom medizinischen Modell geprägten Erwartungen der LVA-Patienten entsprechen (vgl. HALDER 1977), leichter von diesen akzeptiert würden.

Nach etwa drei Kurtagen erhielten die Patienten die Stimmungsliste SES, außerdem die FPI-Skalen und das BPI zur Beantwortung, und zwar im Gruppenversuch.

Drei Tage vor Beendigung des Heilverfahrens wurden, um einen unmittelbar vor der Abreise zu erwartenden, eher negativen Kurschlußeffekt (vgl. KURY 1977) zu vermindern, die im Untersuchungsplan vorgesehenen Testverfahren BdK, FBL und KKB, BFB und HG, FPI, SES und BPI gegeben. Dabei fand die Untersuchung mit BdK, FBL und KKB sowie SES, FPI und BPI im Gruppen- und diejenige mit BFB und HG wieder im Einzelversuch statt.

Die Tests und Fragebogen konnten aus terminlichen Gründen nicht durch eine Person vorgelegt werden. Sie wurden sodann abwechselnd, um Testleitereinflüsse wenigstens etwas auszubalancieren, vom Verfasser und seiner Frau an die Patienten gegeben. Aufgrund der (oben dargestellten) personellen Begrenzung war also nur eine partielle, jedoch nicht eine wünschenswerte völlige, personelle Aufteilung der diagnostischen und therapeutischen Funktionen zu verwirklichen.

Die medizinischen Daten wurden freundlicherweise von Ärzten, Labormitarbeiterinnen und Gruppenbetreuerinnen zur Verfügung gestellt. Davon liegen die folgenden Datenbereiche aus folgenden Erhebungszeitpunkten vor (vgl. 8.2.10):

Die anthropometrischen und klinisch-physiologischen Daten sind - außer der einmaligen Erhebung der Körpergröße - von allen Patienten aus dem 1. und 2. Erhebungszeitpunkt vorhanden, während von diesen Datenbereichen zum 3. Erhebungszeitpunkt nur noch das Gewicht (erfragt im Katamnestischen Erhebungsbogen) verfügbar ist. Von den klinisch-chemischen Kennwerten sind alle Werte von allen Patienten aus der klinischen Grunduntersuchung zu Beginn des Heilverfahrens (1. Erhebungszeitpunkt) vorhanden und die Werte 1. bis 4. (Cholesterin, Triglyceride, Harnsäure, γ-GT) sowie 6. (BKS) liegen nur dann ein zweites Mal vor, wenn sie sich in der Grunduntersuchung als auffällig herausgestellt hatten.

Die diagnosespezifischen Angaben wurden von den Ärzten zur Verfügung gestellt.

Auf den Einschätzbogen nahmen Gruppenärzte und Gruppenbetreuerinnen am Ende des Heilverfahrens die Einschätzungen der einzelnen Patienten vor, nachdem sie vom Verfasser in dieses Ratingverfahren eingeführt worden waren.

Im Rahmen der ein halbes Jahr nach dem Abschluß des Heilverfahrens stattfindenden Katamnestischen Untersuchung übersandten wir den Patienten den Katamnestischen Erhebungsbogen in Verbindung mit den in der Übersicht angegebenen Testverfahren. Die Unterlagen waren nur mit der Registriernummer der Patienten versehen. Ein Begleitschreiben und einen Freiumschlag fügten wir bei. Im Falle eines mehr als zweiwöchigen Rücksendeverzugs mahnten wir mit einem ersten und im Falle eines mehr als vierwöchigen Ausbleibens der Erhebungsbögen mit einem zweiten Erinnerungsschreiben (A2a-A2b).

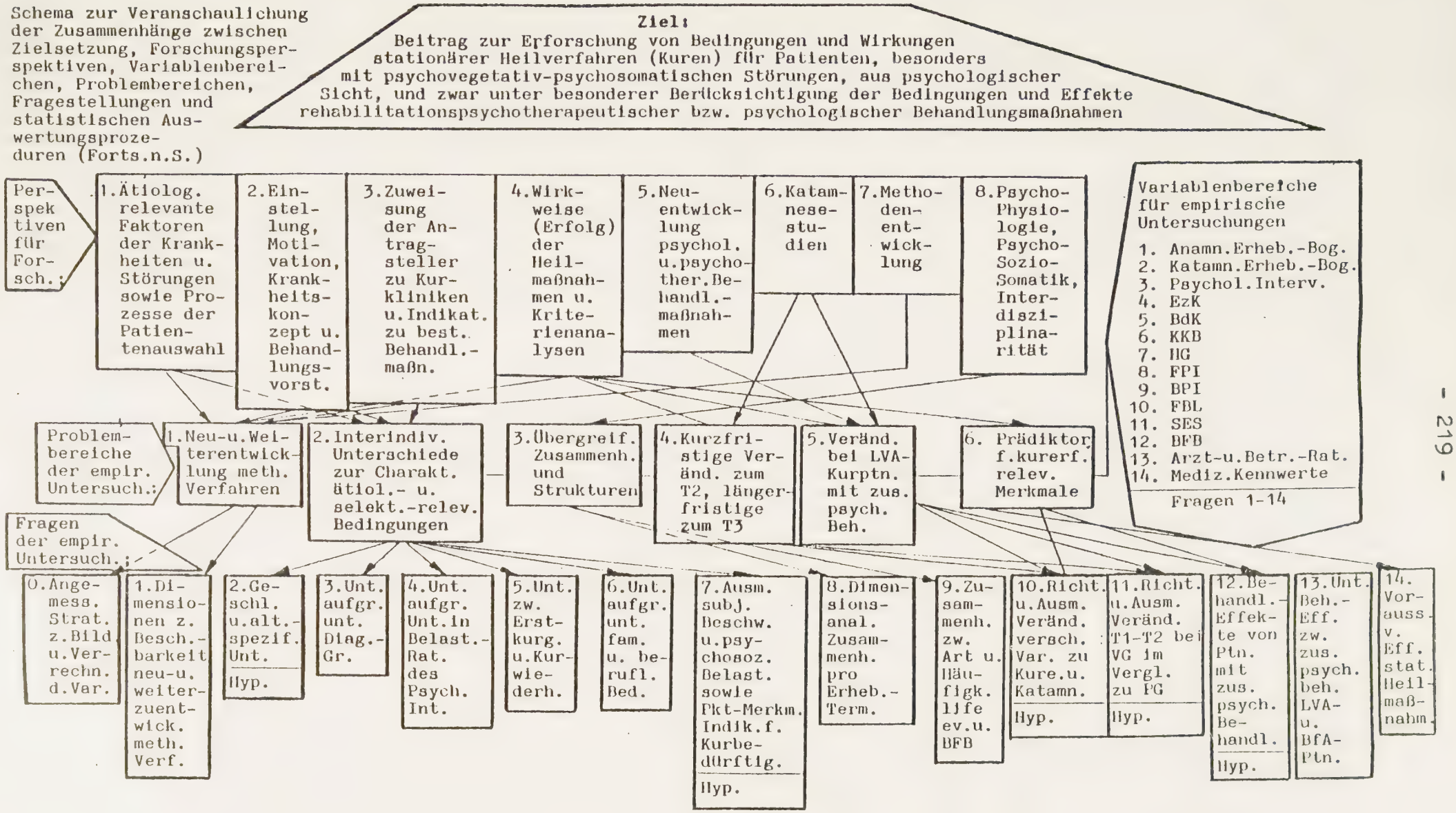
12.3 Statistisches Auswertungsdesign

Wir veranschaulichen das statistische Auswertungsdesign innerhalb des folgenden Schemas. Dabei wird nicht nur eine isolierte Zusammenstellung der Datenverarbeitungsstrategien gegeben. Vielmehr wird anhand dieser Darstellung versucht, an zentraler Stelle das statistische Auswertungsdesign in seinem Zusammenhang mit der übergeordneten Zielsetzung der vorliegenden Arbeit und mit den im theoretischen Teil gelegten Grundlagen, besonders den dort herausgearbeiten Folgerungen und Perspektiven, sowie mit den im Rahmen der eigenen empirischen Untersuchungen anzugehenden Problem- und Fragenbereiche zu verdeutlichen. Dabei sind alle diese Bereiche in einer hierarchischen, vom Ziel her vorgegebenen Anordnung und in ihren Beziehungen zueinander dargestellt.

Im einzelnen ist das Schema folgendermaßen zu verstehen: Eine übergreifende Bedeutung erhält, wie gesagt, die Zielsetzung, nach der durch die vorliegende Arbeit aus psycho-

logischer Sicht ein Beitrag zur Erforschung der Bedingungen und Wirkungen stationärer Heilmaßnahmen (Kuren), vor allem für Patienten mit psychovegetativ-psychosomatischen Störungen, und zwar unter besonderer Berücksichtigung der Bedingungen und Effekte rehabilitationspsychotherapeutischer bzw. psychologischer Behandlungsmaßnahmen, geleistet werden soll. Aus dem zu dieser Thematik erarbeiteten theoretisch-empirischen Bezugsrahmen, der den Gegenstand des theoretischen Teils bildet, wurden verschiedene Folgerungen und Perspektiven im Hinblick auf die weitere Forschung gezogen. Die Perspektiven sind im Schema unterhalb der Zielsetzung angeordnet. Aus dem Theorieteil wurden auch Merkmals- und Variablenbereiche abgeleitet, die es bei weiteren Forschungsvorhaben u.a. zu berücksichtigen gilt. Diese sind in den Problembereichen und in den Fragestellungen, auf die die eigenen Untersuchungen mehr oder weniger gerichtet sind, impliziert. Sie erscheinen daher im Schema mit Bezug sowohl auf Problembereiche als auch auf Fragestellungen. Welche Perspektiven durch die einzelnen dieser Problemstellungen aufgegriffen werden, wird anhand von Pfeilen verdeutlicht. Z.B. wird dabei deutlich gemacht, daß zur Untersuchung von ätiologisch relevanten Bedingungen der zu rehabilitierenden Störungen und Krankheiten sowie der Prozesse der im Kontext der stationären Kur- bzw. Rehabilitationsmaßnahmen erfolgenden Patientenselektionen (in einem noch weitgehend explorativen Forschungsstadium) zunächst noch verschiedene interindividuelle Unterschiedsanalysen (in Abhängigkeit von vermutlich störungs- und belastungsrelevanten Faktoren bzw. Gruppenzuordnungen) angebracht sind (wobei bereits auch schon prospektive, auch quasiexperimentelle Untersuchungsanordnungen besonders ergiebig wären, im Rahmen der vorliegenden Arbeit aber nicht zu realisieren sind). Die genannten Problembereiche werden wiederum durch überprüfbare Fragestellungen und zum Teil auch Hypothesen - zumindest in partiellem Ausmaß - auf erfahrungswissenschaftlicher Basis einer Überprüfung zugänglich gemacht. Eben zum Zweck einer solchen Überprüfbarkeit bzw. empirischen Zugänglichkeit wurden die einzelnen Pro-

Schema zur Veranschaulichung der Zusammenhänge zwischen Zielsetzung, Forschungsperspektiven, Variablenbereichen, Problembereichen, Fragestellungen und statistischen Auswertungsprozeduren (Forts.n.S.)



Fragestellungen	Statistische Auswertungsprozeduren	Bezieh.stat.Ausw.Pr. 0123456789012 34
0. Angemess. Strat.z.Bild.u. Verrechn.d.Var.	Sta.Ga; Verteil.-Anal.(Normalvert.); FA jew.zu EzK,BdK, KKB,BFB mit LVA- u. BfA-Kurptn.Dat.;FA jew.zu Anamn. Katamn.Erhebungsbog.,Psych.Interv.,	
1. Dimensionen z.Beschreibbark. neu-u.weiterent- wick.method.Ver- fahr.	HG, Arzt-u.Betr.-Rat.mit LVA-Kur- ptn.-Dat.; IA jew.zu Psych.Interv., EzK, BdK,KKB,HG,FBL,SES,BFB, Arzt- u.Betr.-Rat.mit LVA-Kurptn.-Dat.; Summenwert-bzw.Skalenbild.;Klassen- bild.;Vergl.v.Teilnehmern u.Nicht- teiln.an katamn.Unters.anh. Chi^2- T.u.mehrfakt. VA TN-G-Ki-W	o o o o o o o o o o o o o o
2. Geschl.u.alt.- spezif.Unt.im interindiv.Vergl.	Sta.Ga.; Chi^2-T. MG-FG der GG, J-A der GG, MG, FG; mehrfakt. VA G-A (auch G-A-K-D-B)	o o o o o o o o o o o
3. Unt.aufgr. Unt.in Belast.- Rat.d.Psych.Int.	Sta.Ga.; Chi^2-T.niedr.-höh.Belast. f. GG, MG, FG; mehrfakt. VA G-A-W-B-P	o o o o
4. Unt.aufgr. unt.Diag.-Gr.	Sta.Ga; Chi^2-T. And.alsPsych.Syndr.- Psych.Syndr.; t-Test für unabh. Stichpr.; mehrfakt.VA G-A-D	o o o o o o o
5. Unt.zw.Erst- kurg.u.Kurwie- derh.	Sta.Ga.; Chi^2-T. Erstkurg.-Kurwie- derh.f. GG; mehrfakt. VA G-A-W-B-P	
6. Unt.aufgr. unt.fam.u.berufl. Bed.	Sta.Ga.; Chi^2-T. nach Fam.-St.u.Ki.- Zahl für GG, nach BA und BT für GG, MG, FG; **mehrfakt. VA G-A-BA-BT, G-A-BA-BT-P**	
7. Ausm.subj.Be- schw.u.psychosoz. Belast.sowie Pkt.-Merkm.In- dik.f.Kurbedürft.	Sta.Ga.; Chi^2-T. PG - VG für GG, MG,FG; mehrfakt. VA PV, PV-G-A, PV-G-A-BA, PV-G-A-F-Ki; Interkorrel. VG	o o o o o
8. Dimensions- anal.Zusammenh. pro Erheb.-T.	Interkorrel.; Regressionsanal. für ausgew.Einzelvar.; sechs FAn.anh.versch. Variabl.-Gruppen	o o o o o o o o o o
9. Zusammh.zw. Art u.Häufigk. life-ev.u.BFB	Interkorrel. life-event-Kennw.- BFB; mehrfakt. VA Le-G-A-Ki-P, Li-G-A-Ki-P	o o o
1o.Richt.u.Ausm. Veränd.versch. Var. **zu Kure. u. zu Katamn.**	t-T.f.abh.Stichpr. für metr.Var. bei GG,MG, FG, jew.zw. T1 u. T2, T1 u. T3	o o o
11.Richt.u.Ausm. Veränd.T1-T2 bei VG im Vergl. zu PG	**t-T-f.abh.Stichpr. für metr.Var. bei GG, MG, FG jew. zw. T1 u. T2**	o o o

Fragestellungen	Statistische Auswertungsprozeduren	Bezieh.stat.Ausw.Pr 0123456789012 34
12. Behandl.-Effekte von Ptn mit zus.psych. Behandl.	Sta.Ga.; Bild.v.Vergl.-u.Parallelis.-Gruppe ;t-T.f.unabh. Stichpr.; mehrfakt.VA G-A-W-B-P, G-A-B-PM; t-T.f.abh.Stichpr.bei Ptn mit u. ohne zus.psych.Beh.	
13. Unt.Behandl.-Eff.zw.zus.psych. beh.LVA-u.BfA-Ptn.	Sta.Ga.; Bild.v.Therap.-Vergl.-Gruppen;mehrfakt.VA PP-G-BA-BT, PP-G-BA-BT-D, PP-G-BA-BT-PM, PP-G-A-F-Ki innerh.zus.psych. beh.LVA-u.BfA-Kurptn.,t-T.f. abh.Stichpr.f.metr.Var.T1-T2, T1-T3 bei BfA-Therap.-Vergl.-Gr. u.einzelmaßn.-bezog.Gr.	
14. Vorauss.v. Effekten stat. Heilmaßn.	Interkorrel.zw.versch.T.; multiple Regressionsrechn.: 1)Einzelvar.als Präd.f.ausg. Einzelvar.d.folg.T. (Krit.);2) a)Einf.u. b)komplexe Präd.f. Diff.metr.Var. T1-T2,T1-T3 (Krit.)	

Erläuterungen von im Schema verwendeten Abkürzungen

A Altersgruppe (30-40 Jahre=Jüngere -J-, 41-50 Jahre=Ältere -Ä-)
B Belastungsrating des Psychologischen Interviews (nicht bzw. wenig, in mittlerem Ausmaß und sehr belastet)
BA Berufsausbildung (vorhanden/nicht vorhanden)
BT Berufliche Tätigkeit (einfacher Arbeiter, Spezial- und Facharbeiter, beruflich Höhergestellter)
Chi^2-T. Chi-Quadrat-Test
D Hauptdiagnose durch Ärzte der Kurklinik (Andere als Psychovegetatives Syndrom und Psychovegetatives Syndrom)
FA Faktorenanalyse
FG Frauengruppe
G Geschlecht (Männer, Frauen)
GG Gesamtgruppe
IA Itemanalyse
K Kurgruppe
Ki Kinderzahl
Kurptn Kurpatienten (synonym mit Ptn = Patienten)
Mehrfakt. VA Mehrfaktorielle Varianzanalyse
MG Männergruppe
P Zusätzliche psychologische Behandlung
PG Patientengruppe
Pkt Persönlichkeit
PI Psychologisches Interview
PM Art der vorherrschenden Methode der zusätzlichen psychologischen Behandlung
PP Zugehörigkeit zur Gruppe der LVA- oder BfA-Kurpatienten
Ptn Patienten (synonym mit Kurpatienten)
PV Zugehörigkeit zur Patienten- oder Vergleichsgruppe
Sta.Ga. Statistische Grundauswertung
t-T t-Test
T1, T2, T3 Untersuchungstermin 1 (Kuranfang), 2 (Kurende), 3 (Halbjahres-(katamnese)
TN Teilnehmer/Nichteilnehmer an Halbjahreskatamnese
Var. Variablen
W Wiederholung (Erstkurgänger, Kurwiederholer)

blembereiche dementsprechend aufgliedernd-konkretisierend in Fragen transformiert (vgl. 7), die teilweise explizit hypothesengeleitet angegangen werden können. In diesem Fall, daß beabsichtigt ist, die einzelnen Fragen weitgehend oder zum Teil hypothesengeleitet zu überprüfen, wird die Kennzeichnung "Hyp." gegeben. Zum anderen können die Fragestellungen einstweilen erst einmal nur explorativ bearbeitet werden. Die Verbindungen zwischen Problembereichen und Fragestellungen sind durch Pfeile markiert.

Den einzelnen Fragestellungen (und teilweise Hypothesen) sind sodann bestimmte Schritte des statistischen Auswertungsdesigns zugeordnet. Und die solchermaßen fragenspezifisch dargestellten Auswertungsprozeduren sind wiederum aufeinander bezogen. Die Art und Weise dieser Beziehungen besteht vielfach darin, daß die Resultate aus einer vorhergehenden fragenspezifischen Datenanalyse und auch bei nachfolgenden fragenspezifischen Bearbeitungen in Rechnung gestellt werden. So wird z.B. auf die Ergebnisse aus den faktorenanalytischen Auswertungen zur Erkundung übergreifender Datenstrukturen insofern zurückgegriffen, als die relevante Faktoren konstituierenden Einzelvariablen bei einem Teil der späteren multiplen Regressionsanalysen zum Zwecke der Prädiktorenbildung zu Summenwerten zusammengezogen werden. Verdeutlicht sind die Beziehungen zwischen den Datenanalysen in der letzten Spalte des Schemas.

Alle statistischen Berechnungen wurden auf der UNIVAC-Anlage des Rechenzentrums der Universität Freiburg ausgeführt. Wiederum der Großteil der statistischen Auswertungen wurde anhand des SPSS-Programmpakets (vgl. BEUTEL u.a. 1978; NIE u.a. 1975), teilweise auch anhand von PSYLIB-Programmen, vorgenommen. Die Programme werden in den folgenden Darlegungen zum statistischen Auswertungsdesign und in den jeweiligen fragenspezifischen Bearbeitungen genannt.

Ein Großteil der statistischen Kennwerte kann im Rahmen einer umfassenden Tabellierung dokumentiert werden. Insoweit dies aus Platzgründen nicht möglich ist, können die

Tabellen beim Autor angefordert werden. Auf die Nummern der einzelnen Tabellen wird in den fragenspezifischen Ergebnisdarstellungen verwiesen.

Zu den einzelnen fragenspezifischen Datenverarbeitungsschritten ist zunächst anzumerken, daß im Schema den bekannten 14 Fragestellungen (vgl. 7) noch eine Fragestellung 0 vorgeschaltet ist. Sie betrifft nicht explizit die im Hinblick auf die empirischen Untersuchungen formulierten Fragestellungen, sondern die unspezifischere Frage, welche Strategien zur Bildung und Verrechnung der Variablen, bzw. zur Beschreibung der innerhalb der einzelnen methodischen Verfahren erfassten Informationen angebracht erscheinen. Sie überlappt sich teilweise mit der spezifisch zu den neu- und weiterzuentwickelnden methodischen Verfahren formulierten Frage 1 zur dimensionsanalytisch fundierten Beschreibbarkeit. Im Sinne einer solchen strukturierenden Beschreibung der pro Methodenbereich erfassten Daten scheint es uns v.a. für die psychologischen Fragebogen zweckmäßig, ihre Variablen anhand von dimensionsanalytisch fundierten Skalenwerten zu behandeln. In diesem Sinne meint Frage 0 diejenigen Fragebogen, die insoweit entwickelt sind, als ihre Autoren faktoren-und itemanalytisch fundierte Zuordnungen von einzelnen Items zu bestimmten Skalen mitteilen. Und Frage 1 betrifft diejenigen Fragebogen bzw. Methodenbereiche, deren Neu- und Weiterentwicklung erst im Zuge dieser Arbeit von uns in Angriff genommen wird. Die unspezifische Frage 0 bezieht darüber hinaus einzelne Kennwerte ein, bei denen aus Gründen der ökonomischen und redundanzvermindernden Handhabung sowie der Untergruppenbildung Einzelwerte in Form von Klassenbildungen zufammengefasst werden. Solche Klassenbildungen betreffen, um ein Beispiel zu nennen, etwa die Art der beruflichen Tätigkeit. Diese lässt sich anhand der beiden - jeweils mit genug Besetzungshäufigkeiten gegebenen - Kategorien der einfachen Arbeiter sowie der Spezial- und Facharbeiter, sodann aber auch anhand weiterer Berufsklassen, wie z.B. Meister, Angestellter, Selbständiger u.a. beschreiben. Diese zuletztgenannten Tätigkeiten werden, da

sie im einzelnen nur mit geringen Häufigkeiten vertreten sind, lediglich zu der Kategorie der "beruflich Höhergestellten" zusammengefasst. Ein anderes Beispiel der Klassenbildung betrifft die Einteilung nach der bisherigen Zahl von Kuraufenthalten. Hier erscheint es zweckmäßig, zumal sich darauf eine explizite Frage bezieht, einmal zwischen Personen, die bisher noch an keinem Heilverfahren teilgenommen haben, und zum anderen solchen, die zum wiederholten (2.,3. usw.) Male zur Kur sind, also zwischen Erstkurgängern und -klassenbildend- Kurwiederholern zu unterscheiden. Entsprechende weitere Klassenbildungen sind in der jweiligen Fragenbearbeitung explizit vermerkt.

Was nun die Frage 1 betrifft, so bezieht sie sich, wenngleich unter dem Aspekt der möglichst ökonomischen und reliabilitätsoptimierenden Datenverarbeitung mit der Frage 0 überlappend, doch in spezifischer Weise auf neu- und weiterzuentwickelnde Methoden- und Variablenbereiche, d.h. einmal auf die Fragebogen EzK, BdK, Arzt- und Betreuerin-Rating sowie Psychologisches Interview, bei denen der Akzent jeweils auf Neuentwicklung liegt, und zum anderen auf den Anamnestischen und Katamnestischen Erhebungsbogen sowie die Fragebogen KKB, HG, FBL, SES und BFB, bei denen der Akzent auf der modifizierten bzw. erweiterten Anwendung liegt. Bei diesen einzelnen, von der Frage 1 betroffenen Verfahren führen wir jeweils faktorenanalytische Auswertungen durch. Zugrundegelegt wird das Hauptkomponentenmodell, bei dem auf eine gesonderte Identifizierung spezifischer Varianzanteile verzichtet wird. Die faktorenanalytischen Auswertungen zu den Verfahren EzK, BdK, KKB und BFB beruhen auf Daten sowohl der bekannten LVA- als auch der BfA-Kurpatienten aus der Paralleluntersuchung (WELSCH 1980), während diejenigen zu Anamnese- und Katamnesebogen, zum HG-Fragebogen und zum Arzt- und Betreuerin-Rating auf Daten der LVA-Kurpatienten beruhen (detailliert bei 13).[+] Die Ergebnisse aus den Faktorenanalysen pro Methodenbereich ergeben Anhaltspunkte, um die einzelnen Items, besonders der psychologischen Fragebogen, zu Skalen[+] zusammen-

[+] N basierend auf itemspezifisch vollständigen Daten zum 1. Termin, bzw. zum methodenspezifischen Termin (BdK z.B. zu T2)

zufassen und zur Gewinnung weiterer testtheoretisch bedeutender Kennwerte in Itemanalysen einzubeziehen. Letztere sind für die meisten der einzelnen Verfahren auf der Basis der LVA-Kurpatienten-Daten vorgesehen. Die Skalenbildungen stützen sich auf die pro Faktor höchstladenden Items, deren Verankerungswerte (meistens LIKERT-skalierte Werte, vgl. Methodenbeschreibung unter 8) gleichsinnig im Sinne der faktorenspezifischen Interpretierbarkeit addiert werden. Dies schließt z.B. auch ein, daß Negativladungen umgepolt werden.+ Komplexe Items, die geringe bis mittelhohe Ladungen auf mehreren Dimensionen zugleich aufweisen und daher eine Annäherung an die Einfachstruktur beeinträchtigen, schließen wir aus der weiteren Verrechnung aus. Items, die bipolare Höchstladungen haben, verrechnen wir entsprechend zweifach (Kennzeichnungen siehe fragenspezifische Darstellung unter 13 und zugehörige Tabellen).

Die einfache Addierungsmethode weist zwar etliche Schwächen auf, so z.B. die daraus resultierende weniger "scharfe" Abbildung der Faktoren als die sich etwa durch die Verrechnung von Faktorenwerten ergebende. Sie erscheint uns aber u.a. aus Gründen der Vergleichbarkeit mit anderen - in Frage 0 erfassten - Verfahren (z.B. das FPI), die ja ebenfalls anhand skalenspezifischer Summenwerte verrechnet werden, vertretbar.

Auf dem eben skizzierten Hintergrund ist es sodann möglich, eine Variablenliste zu erstellen. In diese gehen erstens die Summen- bzw. Skalenwerte aus den psychologischen Fragebogen EzK, BdK, KKB, HG, FPI, BPI, FBL, SES, BFB, Arzt- und Betreuerin-Rating,+ zweitens die Kennwerte aus dem Anamnestischen und Katamnestischen Erhebungsbogen und dem Psychologischen Interview sowie die medizinischen Variablen ein. Die Merkmale aus den an zweitgenannter Stelle genannten Verfahren werden als Einzelvariablen in die Liste aufgenommen. Das schließt aber nicht aus, daß sie bei weiteren statistischen Auswertungen zumindest teilweise zu Zwecken etwa der erwähnten Klassenbildung oder auch der Summenwert-

+ $\bar{x}$-orientierte missing-data-Korrektur nach vorgegebenem Auswertungsprogramm (z.B. BPI) bzw. unter der Voraussetzung von pro Skala zu 2/3 vollständigen itemspezifischen Daten. Daraus resultiert ein etwas höheres N als bei Faktoren- und Itemanalysen.

bildung,analog wie bei den psychologischen Fragebogen, zusammengefasst werden (letzteres etwa teilweise bei Interviewkennwerten). Auf die Variablenliste beziehen sich sodann Verteilungsanalysen (insbesondere zur Überprüfung der Normalverteilung, und zwar anhand des PSYLIB-Programms NORMA4 für die gesamte LVA-Patienten-Stichprobe) und insbesondere auch statistische Grundauswertungen zu verschiedenen deskriptiven Kennwerten. Diese Grundauswertungen werden für die gesamte, die männliche und weibliche LVA-Kurpatientengruppe, darüber hinaus für eine Reihe von Untergruppen, soweit sie in den einzelnen Fragen involviert sind, durchgeführt (vgl. Tab. 1-4).

Da die zum dritten Erhebungszeitpunkt erhobenen Daten von lediglich etwa 80 % der LVA-Kurpatienten, also von den Teilnehmern an der katamnestischen Untersuchung, vorhanden sind, gehört es zu den unter Frage 0 erfassten Erkundigungen auch, mögliche Unterschiede zwischen dieser Gruppe einerseits und der Gruppe der Nichtteilnehmer andererseits zu ermitteln. Je ähnlicher sich beide Gruppen sind, desto eher ist es vertretbar, die Aussagen, die T3-Daten einbeziehen, auf die gesamte - zu T1 verfügbare - LVA-Patientengruppe zu verallgemeinern. Es werden daher Chi-Quadrat-Tests (Programm CROSSTABS) für die dichotom bzw. qualitativ gestuften Daten aus Anamnesebogen und Interview sowie die dementsprechenden medizinischen Variablen durchgeführt. Hier stellten sich, wie bereits bei der Stichprobenbeschreibung angedeutet (vgl. Tab. 24) folgende statistisch bedeutsamen Unterschiede zwischen Katamneseteilnehmern und Katamnesenichtteilnehmern heraus: Unter den Teilnehmern sind weniger Patienten mit 1 Kind als umgekehrt unter den Nichtteilnehmern bei etwa gleicher Verteilung derer mit 0 und ≥ 2 Kindern (Chi^2 p .046). Unter den Teilnehmern, die Schicht arbeiten, sind mehr ausschließliche Nachtschichtarbeiter als unter den Nichtteilnehmern (14 zu 2, 66,7 zu 16,3 %; Chi^2 p .019) vorhanden. Auch unter dem Gesichtspunkt des ersten oder wiederholten Heilverfahrens ergeben sich Differenzen: Unter den Teilnehmern befinden sich jeweils etwa zur Hälfte Erstkurgänger und Kurwiederholer (72 zu 65, 52.6 zu 47.4 %), während unter den Nichtteilnehmern deut-

lich weniger Kurwiederholer und mehr Erstkurgänger sind (34 zu 6, 85 zu 15 %; Chi^2 p .001). Die genannten Unterschiede legen nahe, die dafür maßgeblichen Variablen, besonders insoweit sie die gesamte LVA-Patienten-Gruppe betreffen (also nicht etwa nur die Schichtarbeiter), in einer simultanen mehrfaktoriellen Varianzanalyse neben der Unterscheidung nach Teilnahme bzw. Nichtteilnahme zu berücksichtigen, um auf diesem Wege mögliche Einflüsse dieser Variablen zu kontrollieren, bzw. den Einfluß des Teilnehmer-Nichtteilnehmer-Unterschiedes "bereinigter" vom Einfluß jener Variablen zu erfassen. Einbezogen wurde in diese Varianzanalyse noch das Geschlecht. Die einzelnen "Faktoren" wurden in der Form von Dummycodierungen behandelt. Das somit erstellte TN-G-Ki-W-Design (TN für Teilnehmer/Nichtteilnehmer, G für Geschlecht, Ki für Kinderzahl, W für Erstkurgänger/Kurwiederholer) wurde auf alle in metrischer Form vorliegenden - abhängigen - Variablen der aus T1 und T2 vorliegenden psychologischen Fragebogen, des Anamnese- und Katamnesebogens, des Interviews und der medizinischen Kennwerte angewendet. Hierbei ergaben sich **bei den Nichtteilnehmern** einmal eine etwas größere Häufigkeit und Arger- sowie Belastungswirkung der berufsbezogenen Lebensereignisse und zum anderen eine etwas größere Häufigkeit und Dauer der krankheitsbedingten Fehlzeiten im Vergleich zu den Teilnehmern (Haupteff. p jeweils $<$ .05). Was die psychologischen Fragebogen betrifft, so zeigen sich mit Ausnahme der etwas positiveren kurerfolgsbezogenen Einschätzungen von Gruppenärzten und Gruppenbetreuerinnen bezüglich der Teilnehmer keine TN-Haupteffekte.

Aus diesen Resultaten kann einmal gefolgert werden, daß die Aussagen, welche T3-Daten involvieren, auf die gesamte LVA-Patienten-Stichprobe weitgehend generalisierbar sind, daß zum anderen bei Fragestellungen, die die wenigen differenzierenden anamnestischen Merkmale betreffen, mit entsprechenden Konstanthaltungsoptionen gegenüber diesen gearbeitet werden sollte.

Damit berühren wir die weiteren Bestandteile unseres statistischen Auswertungsdesigns, die zur Beantwortung der weiteren Fragen verhelfen sollen. Wie das Schema deutlich werden läßt, sind zur Bearbeitung der in Problembereich 2 implizierten Fragestellungen 2 bis 7 interindividuelle Unterschiedsanalysen vorgesehen. Dasselbe gilt darüber hinaus für den "interindividuellen Anteil" an den auf die intraindividuelle Veränderungen bezogenen Fragestellungen 10 bis 13. In allen diesen Fällen werden zur Überprüfung von Differenzen in dichotom und qualitativ gestuften Variablen Chi-Quadrat-Tests und in metrisch gestuften Variablen t-Tests für unabhängige Stichproben (Programm T-TEST) durchgeführt, teilweise unter Gegenüberstellung von interessierenden Untergruppen, die man der Fragestellung zunächst "nicht ansieht", die zu berücksichtigen aber aus Partialisierungsüberlegungen heraus angebracht erscheint. Um nun aber möglichst simultan die Effekte einzelner Gruppeneinteilungsmerkmale bzw. "unabhängiger" Variablen (UV) unter Konstanthaltung der Effekte jeweils anderer UV herauszuarbeiten, beschränken wir uns in der Ergebnisdarstellung, ebenso im Tabellenmaterial, vor allem auf die zu diesem Zweck ebenfalls durchgeführten mehrfaktoriellen Varianzanalysen. Dies gilt nicht in Fällen, in denen etwa aufgrund von Parallelisierungsoperationen ohnehin eine weitgehende Vergleichbarkeit von Gruppen - außer eben in dem interessierenden Merkmal - erreicht werden kann, was z.B. für die Unterscheidung der zusätzlich psychologisch behandelten LVA-Kurpatienten und ihrer anhand verschiedener anamnestischer Kennwerte vergleichbar zu definierender "Paarlinge" zutrifft.

Nicht zuletzt aus dem Grund, eine gewisse Vergleichbarkeit von Gruppen herbeizuführen, halten wir es sodann für ausreichend, die zusammenhangs- und faktorenanalytisch orientierten Auswertungen, die etwa durch Fragen 8 und 9 nahegelegt sind (Programme PEARSON CORR, FACTOR), auf die gesamte Stichprobe der LVA-Patienten (teilweise auch der PG und VG) zu beziehen.

Was speziell die intraindividuellen Veränderungen von Variablenausprägungen betrifft, so greifen wir hinsichtlich der metrischen Variablen, die im wesentlichen den in den veränderungsorientierten Fragestellungen 10 bis 14 erfassten Merkmalsbereich "abdecken", auf t-Test's für abhängige Stichproben (Programm T-TEST) zurück, wiederum unter Bezugnahme auf jeweils gesamte oder spezielle Personengruppen. Dagegen beschränken wir uns bei der Analyse der Veränderungen in dichotomen Variablen (z.B. in der mit ja oder nein sowohl im Anamnese- als auch im Katamnesebogen zu beantwortenden Frage nach der gesunden Lebensführung) weitgehend auf visuelle Auswertungen der Meßwertunterschiede.

Um schließlich Anhaltspunkte für "kurerfolgsrelevante" Ausgangs- bzw. Treatment-Bedingungen zu gewinnen, was das Thema unserer letzten 14. Fragestellung ist, verwenden wir multiple Regressionsanalysen (teilweise auch schon bei der Erkundung von übergreifenden zusammenhangsanalytischen Verhältnissen). Da zu dieser Fragestellung aus der bisherigen Forschung kaum überprüfbare Hypothesen abzuleiten sind, wählen wir mindestens die folgenden beiden regressionsanalytischen Strategien: Einmal werden Abhängigkeiten zwischen jeweils zu unterschiedlichen Terminen erhobenen Einzelvariablen unter Einschluß möglicher Moderatorvariablen (z.B. des Geschlechts), bei Verwendung der zeitlich später ermittelten (T2 oder T3) "kurerfolgsrelevanten" Merkmale als Kriterien und der früher (T1 oder T2) erhobenen Variablen als Prädiktoren, untersucht. Zum anderen werden die zwischen T1 und T2 sowie T1 und T3 auftretenden Differenzwerte der metrischen psychologischen, medizinischen und anamnestisch-katamnestischen Variablen als kurerfolgsrelevante Kriterien behandelt, um auf sie anhand von einfachen gruppenkonstitutiven Merkmalen, aber auch anhand von komplexen, die Ausgangswerte in den Veränderungsvariablen einbeziehenden Merkmalen bzw. Summenwerten aus solchen (jeweils Prädiktoren), Voraussagen zu treffen. Angesichts des explorativen Forschungsstadiums zur Kriterienforschung erwarten wir damit

lediglich Anhaltspunkte und Hinweise, die möglicherweise diesbezügliche überprüfbare Hypothesen stimulieren können. Gleichzeitig nehmen wir angesichts dieser offenen Situation die erheblichen Unsicherheiten, die die Interpretation der aus multiplen Regressionsanalysen gewonnenen Resultate mit sich bringen (vor allem die bekannte Zufallsfehleranhäufung) in Kauf.

13 Ergebnisse zu Frage 1: Anhand welcher Dimensionen lassen sich die neu- bzw. weiterzuentwickelnden methodischen Verfahren beschreiben, wenn in den vergleichbaren Verfahren die Daten sowohl der LVA- als auch der BfA-Patienten zugrundegelegt werden? Welche itemanalytischen Kennwerte ergeben sich auf der Basis dieser Dimensionen?

13.1 Vorbemerkungen

Wie wir bei der Skizzierung des statistischen Auswertungsdesigns (vgl. 12) erwähnten, sollen für die weitere Auswertung, besonders aus den psychologischen Fragebogen und hier wiederum besonders aus den weiter- und neuentwickelten Verfahren pro Methodenbereich Skalen- bzw. Summenwerte ermittelt werden, die dimensionsanalytisch fundiert sind. Damit ist noch nicht beabsichtigt, übergreifende Datenstrukturen zu erkunden, weshalb die folgenden Datenanalysen auch innerhalb des jeweiligen betreffenden Methodenbereichs vorgenommen werden. Gleichzeitig soll anhand der dimensionsanalytischen,aber auch itemanalytischen Auswertungen ein Beitrag zur Neu- bzw. Weiterentwicklung methodischer Verfahren im rehabilitations- bzw. kurpsychologischen Bereich (vgl. Perspektive 7) geleistet werden.

Wie - ebenfalls erwähnt (vgl. 7 und 8) - handelt es sich vor allem um die Fragebogen "Einstellung zur Kur EzK", "Beurteilung der Kur BdK" und "Einschätzung der Patienten durch Gruppenarzt und Gruppenbetreuerin" sowie das "Psychologische Interview", die vom Autor in Zusammenarbeit mit dem Autor der an BfA-Patienten durchgeführten Paralleluntersuchung, Herrn WELSCH, und dem Betreuer beider Studien, Herrn Professor FAHRENBERG, weitgehend neu entwickelt wurden. In partiellem Ausmaß und mit dem Akzent auf Weiterentwicklung gilt dies auch für den "Anamnestischen Erhebungsbogen" und den "Katamnestischen Erhebungsbogen", den "Fragebogen zur Erfassung subjektiver Krankheitskonzepte und Behandlungsvorstellungen KKB" und den "Fragebogen zur Erfassung subjektiver, psychosozialer Belastungen im Zusammenhang mit Ehe, Familie und Beruf BFB". Auswertungs- und ggfs. Modifikationsschritte im Sinne von Test-

entwicklung und Testkonstruktion sind daher zunächst einmal für die erstgenannten Methodenbereiche und in geringerem Ausmaß für die an zweiter Stelle genannten Verfahren nahegelegt. Dies hängt mit unserer bekannten Strategie zusammen, die Kennwerte aus den psychologischen Fragebogen, d.h. aus EzK, BdK, KKB, HG, FPI, BPI, FBL, SES, BFB, Arzt- und Betreuerin-Rating, im Zuge unserer weiteren statistischen Auswertungen nur in Form von Summenwerten bzw. Skalenwerten zu behandeln, die Kennwerte aus den anderen Bereichen (Anamnese-, Katamnese-, Interview- und medizinische Variablen), die auch als einzelne von Interesse sind, eher in dieser Form und nur zu einschlägigen Zwecken (z.B. zur Erkundung übergreifender Strukturen, zur Prädiktion kurerfolgsrelevanter Merkmale) in der Summenwertform zu verwenden.

Im vorliegenden Kontext sind noch die folgenden Umstände zu berücksichtigen: Die meisten der methodischen Verfahren wurden den LVA- und BfA-Patienten in identischer Form vorgelegt (so auch die Fragebogen EzK, BdK, KKB und BFB). Allerdings wurden die einzelnen Verfahren den Patienten aus der Paralleluntersuchung bekanntlich zu einem zusätzlichen Zeitpunkt mehr als in der vorliegenden Untersuchung, und zwar vier Wochen vor Kurbeginn, gegeben. Daraus ergibt sich, daß die im Hinblick auf EzK, BdK, KKB und BFB zweckmäßigen itemanalytischen Auswertungen klinik- bzw. stichprobenspezifisch vorgenommen werden sollten, da die Itemanalyse-Kennwerte, beruhend auf den Daten beider Patientenstichproben, wegen der unterschiedlichen Zahl von Wiederholungsmessungen nicht ganz vergleichbar sein dürften. Den faktorenanalytischen Auswertungen legten wir aber die Daten beider Stichproben zugrunde, die zum Kuranfang, also zu dem entsprechend begrenzt vergleichbaren Untersuchungszeitpunkt,[+] gewonnen wurden. Dabei sind wir uns bewußt, daß diese Entscheidung einerseits durch die erhöhte Aussagekraft der Interpretation aufgrund des relativ großen N (um 380) bekräftigt, andererseits durch die bei den BfA-Patienten bereits anzunehmenden, bei den LVA-Patienten hingegen noch nicht zu unterstellenden Wiederholungs- und Lern-

[+] Im Falle des BdK gilt dies für das Kurende.

einflüssen (zur Kuranfangserhebung) relativiert wird.

Besonderheiten in der Testdurchführung und/oder der Auswertung sind auch noch im Hinblick auf die weiteren Verfahren des Arzt- und Betreuerin-Ratings und des Interviews zu nennen. Beim erstgenannten erhalten möglicherweise klinikspezifische Bezugssysteme zur Einschätzung eine besondere Bedeutung. Beim zweitgenannten werden im Hinblick auf die LVA-Kurpatienten-Stichprobe in Durchführung und Auswertung differenziertere Informationsgewinnungsstrategien als bei der BfA-Patientenstichprobe vorgenommen. So bleiben die auf beide Verfahren bezogenen Faktorenanalysen zunächst einmal auf die eine Stichprobe der Buchinger Patienten beschränkt. Dies gilt auch für den Anamnese- und Katamnesebogen.

Mit den faktorenanalytischen Auswertungen sollen Anhaltspunkte über relevante Dimensionen innerhalb derjenigen methodischen Verfahren gewonnen werden, zu denen - wegen ihres Neuentwicklungs- bzw. Weiterentwicklungscharakters oder/und wegen ihrer modifizierten, vor allem verkürzten, Anwendungsform - bisher keine entsprechenden Informationen erhoben wurden. Was die mit den Faktorenanalysen verbundenen methodischen und interpretatorischen Probleme betrifft, so soll hier auf folgende Gesichtspunkte eingegangen werden:

Verschiedene Voraussetzungen zur Anwendung faktorenanalytischer Berechnungen sind erfüllt, so etwa die Stichprobengröße und das in den metrischen Variablen dem Intervalltyp angenäherte Skalenniveau. Allerdings ist bezüglich des Skalenniveaus nur eine Vermutung ausgesprochen; außerdem besteht die Skalierung in etlichen Variablen des Anamnestischen und Katamnestischen Erhebungsbogens sowie des Psychologischen Interviews lediglich in dichotomer bzw. qualitativer Abstufung. Andererseits sind deswegen, wie Modellstudien zu dieser Frage nahelegen, die Anwendbarkeit und Interpretierbarkeit der faktorenanalytischen Auswertung nicht ausgeschlossen (vgl. ÜBERLA 1971). Variablen, die eine extrem schiefe Verteilung und/oder eine sehr geringe Besetzungshäufigkeit aufweisen, was für einige Kennwerte aus Anamne-

se-und Katamnese-Erhebungsbogen sowie Interview zutrifft (z.B. die Typen gehobener Schulbildung, die für die LVA-Kurpatienten kaum zutreffen; oder die Zahl der konsumierten Rauchwaren, d.h. nur für die relativ kleine Zahl der Raucher, N=38), werden wir jedoch nicht in die Analysen einbeziehen. Dies gilt auch für eher nominalskalierte Kennwerte mit mehrfacher Stufung, wie z.B. der Art der Berufsbeanspruchung (geistig, körperlich, beides). Manche Voraussetzungen für die Anwendung der Faktorenanalyse wiederum sind nicht explizit überprüft, so z.B. die Linearitäts- oder Normalverteilungsbedingung (mit Ausnahme der eben angesprochenen, per Augenschein eliminierten, sehr schiefen Verteilungen), wenngleich diese vor allem bei vielen der auf LIKERT-Skalierung beruhenden metrischen Daten anzunehmen sein dürfte.

Insgesamt betrachtet, erscheint es unter diesen Umständen der teilweise gegebenen, teilweise aber auch nicht überprüften Anwendungsvoraussetzungen zumindest nicht auszuschließen, faktorenanalytische Berechnungen durchzuführen, allerdings nur in der Konzeption des Hauptkomponentenmodells, in dem auf eine besondere Identifizierung spezifischer Varianzanteile verzichtet wird (vgl. das angewandte Programm FACTOR).

Zur Extraktion und Interpretation der Faktoren wenden wir die verschiedenen, in der Literatur (z.B. ÜBERLA 1971) beschriebenen Gesichtspunkte der inhaltlichen Interpretierbarkeit, der Höhe und Stabilität der Ladungsmuster (u.a. möglichst dem Einfachkriterium angenähert), der Anteile von Varianz und Eigenwert, der Kommunalität, der Skalenlänge u.a. an. Dies schließt auch ein, daß wenig geeignete, z.B. insgesamt sehr gering oder auf mehreren Faktoren zugleich substantiell ladende Items aus der weiteren Summenwertbildung sowie aus der Itemanalyse ausgeschlossen werden (zu den Faktorenanalysen siehe Tab. 5-14; zu den Itemanalysen siehe Tab. 15-22).

Die faktorenanalytisch gewonnenen Zuordnungen einzelner Items zu bestimmten Dimensionen bzw. Faktoren bilden - mit diesen Einschränkungen - die Grundlage, auf der sie im Rahmen der itemanalytischen Auswertung zu "Skalen" kombiniert werden (also ohne die Einbeziehung der faktorenanalytisch ungeeigneten Items). Bei dieser Zuordnung von Items zu Skalen werden auch die Vorzeichen und ggfs.die bipolaren Ladungen berücksichtigt, in dem im erstgenannten Fall Umpolungen vorgenommen und im zweitgenannten Fall vorzeichenspezifische Doppelzuordnungen getroffen werden. In der Beschreibung der Ergebnisse aus den Itemanalysen (vgl. Tab. 15-22) werden vor allem die Trennschärfe- und Konsistenzwerte der einzelnen Items und die zur Reliabilitätsbeurteilung der jeweils gesamten Skala errechneten Kennwerte zur Schätzung ihrer inneren Konsistenz angegeben (entsprechende und weitere Kennwerte anhand des Programms RELIABILITY). Die itemanalytischen Auswertungen erfolgen im Hinblick auf die Daten der LVA-Kurpatienten, die zum Kuranfang vorlagen, bzw., wie im Falle des Fragebogens BdK und des Arzt-und Betreuerin-Ratings, lediglich zum Kurende ermittelt wurden. Um künstliche Aufblähungen von itemanalytisch relevanten Kennwerten -besonders infolge von missing-data-Korrekturen- zu vermeiden, werden die Stichprobengrößen pro Verfahren zugrundegelegt, in denen die Itemmeßwerte der Patienten vollständig vorhanden sind.Dies gilt auch für die Faktorenanal. Die Bearbeitung der vorliegenden Fragestellung wird jetzt in der Weise dargelegt, daß zunächst für die ausgewählten einzelnen methodischen Verfahren die Ergebnisse aus den Faktorenanalysen dargestellt werden, während sich in einem weiteren Durchgang Ausführungen über die Itemanalysen anschließen. Diskussion und Zusammenfassung beenden den Abschnitt. In den Darlegungen wird auf Themen und Items der methodischen Verfahren sowie auf statistische Werte insoweit Bezug genommen , als es für die Gewinnung eines Eindrucks angemessen erscheint. Darüber hinaus wird auf die Beschreibung der Verfahren, ihre Zusammenstellung im Anhang und auf die einschlägigen faktorenanalytischen und itemanalytischen Tabellen (5-14, 15-22) verwiesen.

13.2 Ergebnisse aus den faktorenanalytischen Auswertungen zu einzelnen methodischen Verfahren

13.2.1 Ergebnisse aus den Faktorenanalysen zum Anamnestischen Erhebungsbogen

13.2.1.1 Vorbemerkung

Faktorenanalytische Auswertungen zu diesem methodischen Verfahren wurden einmal unter Einbeziehung von Items, die ausschließlich dem Anamnestischen Erhebungsbogen entnommen waren, und zum anderen unter zusätzlichem Einschluß von bestimmten Kennwerten aus dem Psychologischen Interview, und zwar jeweils unter Zugrundelegung der LVA-Patienten-Daten, durchgeführt. Im erstgenannten Fall (Version 1) sollte die Struktur nur eben des Anamnesebogens erfasst werden, wobei - wie bereits oben erwähnt - Items mit extrem schiefer Verteilung bzw. geringer Besetzungshäufigkeit von vornherein eliminiert wurden. Zur Auswertung verblieben hierbei 59 Items. Im zweitgenannten Fall (Version 2) sollten, um die Vergleichbarkeit des Anamnestischen mit dem Katamnestischen Erhebungsbogen in diesem Punkt zu erhöhen, Kennwerte zu den Lebensereignissen, die im Rahmen des Psychologischen Interviews (ebenfalls zum Kuranfang) erhoben wurden, eingeschlossen werden. Es handelt sich um die Werte zu Häufigkeit und Bewertung (also auch unter Einbeziehung der Nullwerte) von life-events im familiären, beruflichen, gesundheitlichen und wirtschaftlichen Bereich sowie zum Vorkommen bzw. Nicht-Vorkommen von solchen Lebensereignissen, gleichgültig in welchem Bereich bzw. welchen Bereichen (kurz als "Leben" bezeichnet). In diesem Falle konnten 69 Items in die Analyse einbezogen werden. Bei Version 1 und bei Version 2 wird jeweils ein identisches N von 90 zugrundegelegt.+

In den folgenden Ausführungen wird zuerst die Faktorenanalyse zu Version 1, sodann zu Version 2 beschrieben (vgl. Tab. 5 und Tab. 6).

+ Da dieses N auch der Faktorenanalyse des Katamnestischen Erhebungsbogens zugrundeliegt (Katamneseteilnehmer), ist es relativ niedrig.

13.2.1.2 Anamnestischer Erhebungsbogen - Version 1

Die Entscheidung fiel nach Abwägung verschiedener Lösungen, entsprechend der oben genannten Entscheidungskriterien, auf eine 9-Faktorenlösung.

Hierbei erweist sich der 1. Faktor eindeutig als Faktor der Umgebungsbedingungen der Kindheit, da die dementsprechenden 7 Items auf ihm ausnahmslos Höchstladungen erreichen. Eine hohe Ausprägung bedeutet dabei die vermehrte Wahrscheinlichkeit, unter familiären anstatt unter außerfamiliären (nicht-ehelichen, Heim-, Verwandten-, unvollständigen Familienbedingungen) Bedingungen aufgewachsen zu sein. Der Eigenwert beträgt 5.97 und der %-Anteil der Varianz 9.6.

Auf dem 2. Faktor zeigen folgende Items Höchstladungen (wobei die Bedeutung von jeweils hohen Ausprägungen in Klammern genannt wird): Geschlecht (eher männlich), Berufstätigkeit des Ehepartners (eher nein), Nettoverdienst, Art der Berufstätigkeit (beides eher "höher"), mangelnder Verdienst als Grund für bisherige Arbeitsstellenwechsel (eher ja), Arbeitsstundenzahl (eher höher), Bierkonsum (eher erhöht), Beruhigungs- und Abführmittelkonsum (eher vermindert). Dieser Faktor, durch einen Eigenwert von 4.06 und einen %-Anteil von 9.5 gekennzeichnet, erweist sich somit relativ eindeutig als Faktor der zumindest partiell geschlechtsspezifischen Berufstätigkeit und Berufsbeanspruchung im Zusammenhang mit Lebensgewohnheiten zum Konsum an alkoholischen Getränken und Medikamenten.

Höchstladungen der Kennwerte Berufstätigkeit vor der Kur (eher nein), Häufigkeit und Dauer krankheitsbedingter Fehlzeiten (eher höher), Zahl der Geschwister (eher größer), Konsum an Kaffee bzw. Tee (eher niedrig) und an Schlaftabletten sowie "sonstigen" Medikamenten (eher höher)kennzeichnen sodann den 3. Faktor. Der Eigenwert beträgt 3.53, der Varianz-Anteil 5,7%. Inhaltlich kommt also eine gewisse Krankheits- und Beschwerdenanfälligkeit zum Ausdruck. Die

Maximalladung des Geschwisterzahlitems könnte Beziehungen zwischen Familienkonstellation und Krankheitsanfälligkeit zum Ausdruck bringen, wie sie z.B. in einer retrospektiven Studie von LANGMAYR (1978) festgestellt wurden.

Mit Höchstladungen der Kennwerte des Alters (eher höher), der Schichtarbeit (eher nein), des Erholungsgefühls nach dem Wochenende und der Beurteilung der Lebensführung als gesund (beides eher ja) kommt mit dem 4. Faktor ein zumindest partiell altersspezifisches Merkmal von Erholungsgefühl und gesundheitsrelevanter Lebensführung (in der subjektiven Einschätzung durch die Patienten) zum Ausdruck (Eigenwert 2.89, %-Anteil der Varianz 4.7).

Im 5. Faktor deutet sich mit Maximalladungen der Größe des gegenwärtigen sowie des Herkunftswohnortes (eher größerer Ort), des Familienstandes (eher alleinstehend), der Kinderzahl (eher niedrig bzw. kinderlos), des Raucherstatus (eher "Raucher"), der Zahl der zur Erholung genutzten Urlaubstage (eher größer) die Kombination von familienstatus- und wohnortspezifischen Kennwerten in Verbindung mit Erholung und Rauchergewohnheiten an (Eigenwert 2.73, Varianz-Anteil 4.4%).

Der 6. Faktor kennzeichnet sich durch Höchstladungen der Zahl der bisherigen Arbeitsplätze (eher hoch), durch die Gründe der zu schweren und unbefriedigenden Arbeit für bisherige Stellenwechsel (eher ja), ferner die Einnahme von Schmerzmitteln und die Zahl von Krankenhaus- und Kuraufenthalten sowie Operationen (eher hoch) bei einem Eigenwert von 2.32 und einem Varianz-Anteil von 3.7%. Somit deutet sich eine Beziehung zwischen der Häufigkeit medizinischer stationärer Behandlungen und der Fluktuation im bisherigen Arbeitsleben an, für die die subjektiv empfundene Belastung und Schwere eine besondere Rolle zu spielen scheint.

Auf dem 7. Faktor (Eigenwert 2.24, %-Anteil der Varianz 3.6) zeigen sich Höchstladungen des eigenen und des väterlichen Volksschul- und Berufsausbildungsabschlusses (eher nein), der Entlassung als Grund für bisherige Arbeitsstellenwechsel (eher ja, allerdings komplexe Ladungsmuster), der

vorherrschenden Form der Freizeitgestaltung (eher durch "sonstige" als durch körperliche Betätigung), des Erholungsgefühls nach dem Wochenende (eher nein), der Zahl der Schlafstunden pro Tag, des Gefühls, morgens ausgeschlafen zu sein und der Schlafstörungen sowie der Lebensführungsbeurteilung (bei allen vier Items eher "belastete" Werte) sowie des Konsums an hochprozentigen Getränken (eher höher). Der Zusammenhang zwischen mehr oder weniger vorteilhaften schulischen und ausbildungsmäßigen Bedingungen und subjektivem Beschwerden- und Gesundheitszustand (bei "unterprivilegierten" ausbildungsmäßigen Bedingungen eher erhöhte Beschwerdenbehaftetheit; Eigenwert 2.24, Varianz-Anteil 3,6 %) wird recht deutlich.

Ähnlich, aber in eine andere Richtung, findet sich im 8. Faktor eine Kombination von berufsbezogenem Status und Schlafgüte, wobei im einzelnen die Items der Berufstätigkeit (eher "gehoben"), der Art der Berufsbeanspruchung (eher sitzend), der Stunden Schlaf (eher größere Zahl), des Gefühls, morgens ausgeschlafen zu sein (eher ja) und der Schlafstörungen (eher nein) Höchstladungen zeigen (Eigenwert 2.18, Varianz-Anteil 3.5%). Damit manifestiert sich also eine Dimension von beruflichem Status und Schlafgüte.

Der 9. Faktor schließlich, durch Höchstladungen von Schichtarbeit (eher ja), Zahl der erholungsgenutzten Stunden pro Tag (eher groß) und Weinkonsum (eher höher) gekennzeichnet, erweist sich hauptsächlich als Faktor der in Abhängigkeit von der Schichtarbeit gegebenen Erholung und bestimmter Ernährungsgewohnheiten (Eigenwert 2.09, %-Anteil der Varianz 3.4).

Insgesamt klären die dargestellten Faktoren 48.2%, also nahezu die Hälfte der Varianz auf.

Die 9 Faktoren sollen hier nochmals kurz benannt werden.

Faktor 1: Faktor der Umgebungsbedingungen in der Kindheit;

Faktor 2: Faktor der teilweise geschlechtsspezifischen Berufstätigkeit und Berufsbeanspruchung (bei selbstgesteuertem Arbeitsplatzwechsel) in Verbindung mit Lebensgewohnheiten (zum Konsum an alkoholischen Getränken und an Medikamenten);

Faktor 3: Faktor der Krankheits- und Beschwerdenanfälligkeit im Zusammenhang mit der Größe der eigenen Herkunftsfamilie;

Faktor 4: Faktor der teilweise altersabhängigen Erholung (nach dem Wochenende) und gesundheitsrelevanten Lebensführung;

Faktor 5: Familienstatus- und wohnortspezifische Kennwerte in Verbindung mit Erholung (nach dem Urlaub) sowie Rauchergewohnheiten;

Faktor 6: Faktor der stationären medizinischen Behandlungen und der Fluktuation im bisherigen Arbeitsleben;

Faktor 7: Faktor der schulischen und ausbildungsmäßigen Sozialisation und des subjektiven Beschwerden- und Gesundheitszustandes;

Faktor 8: Faktor der beruflichen Tätigkeit und Schlafgüte;

Faktor 9: Faktor der Schichtarbeit,Erholung und Weinkonsum.

13.2.1.3 Anamnestischer Erhebungsbogen - Version 2

Recht eindeutig erscheint hier wieder als 1. Faktor der Faktor der Umgebungsbedingungen in der Kindheit (Eigenwert 6.54, Anteil der Varianz 9.1%), nun noch in Verbindung mit dem Kennwert der zusätzlichen psychologischen Behandlung (eher nein, d.h. also beim Aufwachsen unter familiären Bedingungen zusätzliche psychologische Behandlung eher nicht erhalten) und dem der Einnahme von Abführmitteln (eher vermindert).

Der 2. Faktor weist eine gewisse Ähnlichkeit mit dem 7. Faktor aus Version 1 auf: Hier sind es Höchstladungen der Kennwerte der Berufsausbildung (eher nein), der Zahl der erholungsgenutzten Urlaubstage (eher gering), des Volksschulabschlusses des Vaters (eher nein), der Zahl erholungsgenutzter Stunden pro Tag (eher vermindert), der vorherrschenden Form der Freizeitbetätigung (eher "sonstige" als körperliche Betätigungen), des Erholungsgefühls nach dem Wochenende und der Beurteilung der Lebensführung als gesund (beides eher nein), die wieder einen Faktor (Eigenwert 4.46, Anteil der Varianz 6.2%) des beruflichen Status in Verbindung mit subjektiven Beschwerden, vor allem im Sinne des Erholungsgefühls, konstituieren. Dabei kommt bei feh-

lender Berufsausbildung eine eher verminderte Ausprägung von Erholungsgefühl und -zeit zum Ausdruck.

Teilweise ähnlich wie beim Faktor 3 der Version 1 finden sich im Faktor 3 der Version 2 ebenfalls Höchstladungen von Häufigkeit und Dauer der krankheitsbedingten Fehlzeiten und der Frage nach dem Gefühl, morgens ausgeschlafen zu sein (eher nein). Die weiteren höchstladenden Items dieses Faktors aus Version 1 (Berufstätigkeit vor der Kur, Geschwisterzahl, Kaffee-, Schlafmittelkonsum) finden sich nicht mehr. "Neu" aber erscheinen "Leben" (eher Vorkommnisse) und die Kennwerte zu Häufigkeit und Bewertung von Lebensereignissen im gesundheitlichen und wirtschaftlichen Bereich (Eigenwert 3.82, %-Anteil der Varianz 5.3). Bemerkenswert erscheint in diesem Zusammenhang, daß den life events im wirtschaftlichen Bereich häufig der Bau eines neuen Hauses zugeordnet wurde. So kommt im 3. Faktor der zweiten Version also der Zusammenhang von Krankheits- und Beschwerdenanfälligkeit und unspezifischen sowie spezifischen Kennwerten zu den life events (Überforderungssituationen) vor dem Heilverfahren zum Ausdruck. Die life events im gesundheitlichen Bereich bedürfen keiner besonderen Hervorhebung, da sie im Vergleich zu den Fehlzeitenkennwerten wenig neue Information bringen dürften.

Was den 4. Faktor anbelangt, so zeigt er teilweise eher umgekehrte Verhältnisse wie der 3. Faktor an: Familienstand und Kinderzahl (eher verheiratet, zunehmende Kinderzahl) zeigen neben den life-event-Kennwerten zum familiären Bereich Höchstladungen, ebenso die Kodierung zur zusätzlichen psychologischen Behandlung (eher erhalten), außerdem die Häufigkeit krankheitsbedingter Fehlzeiten, diese allerdings mit negativer Ladung (eine positive Höchstladung zeigt auch das Item zum Konsum an Aufputschmitteln, das allerdings - neben dem Raucher- bzw. Nichtraucherstatus und dem Konsum hochprozentiger Getränke zu den - wenigen -

Kennwerten mit einer Kommunalität von $<$.20, im Gegensatz zu allen anderen mit Werten um .40 und .50 gehört). Der Eigenwert des 4. Faktors liegt bei 3.55, der Anteil der Varianz bei 4.9%.

Mit Höchstladungen von Alter (eher höher), Zahl der Arbeitsplätze (eher hoch), mangelnder Befriedigung und der Entlassung als Gründe bisheriger Stellenwechsel (eher ja), Stunden Schlaf (eher vermindert) und Kaffee- bzw. Teekonsums kommt im 5. Faktor (Eigenwert 2.98, Anteil der Varianz 4,1%) ein altersspezifischer Zusammenhang von Arbeitsplatzfluktuation und Schlaf zum Ausdruck.

Der 6. Faktor im Rahmen der vorliegenden Version (Eigenwert 2.96, Anteil der Varianz 4,1%) ähnelt dem 2. Faktor aus Version 1. Hier ergeben sich überwiegend die gleichen Höchstladungen wie dort, und zwar des Geschlechts (eher männlich), des Wohnortes (eher groß), der Berufstätigkeit des Ehepartners (eher nein), der Art der Berufstätigkeit (eher "gehoben") und der Zahl täglicher Arbeitsstunden (eher höher), des Gefühls, ausgeschlafen zu sein (eher ja), des Konsums an Bier und hochprozentigen Getränken (eher höher), sowie an Beruhigungs- und Abführmitteln (eher vermindert).

Weitgehende Ähnlichkeit mit dem 7. Faktor aus der Version 1 hat der 7. Faktor auch aus der vorliegenden Version 2. Es finden sich die gleichen höchstladenden Items wie dort, zusätzlich das der Schlafstörungen (eher ja).

Mit Höchstladungen von life event - bezogenen Kennwerten bezüglich des gesundheitlichen Bereichs (eher vermindert), der körperlichen und äußeren Belastung am Arbeitsplatz (eher ja) der Rentenantragstellung (eher nein), der Geschwisterzahl (eher größer) und der Größe des eigenen Herkunftsortes wird ein weiterer Faktor definiert (Faktor 8), in dem inhaltlich offenbar eine gewisse Belastungsfähigkeit impliziert ist (Eigenwert 2.47, Anteil der Varianz 3.4%).

Abschließend sollen die Faktoren aus der Version 2 zum Anamnesebogen nochmals benannt werden:
Faktor 1: Faktor der(eher familiären)Umgebungsbedingungen in der Kindheit (und der eher nicht erhaltenen zusätzlichen psychologischen Behandlung);
Faktor 2: Faktor des beruflichen Status und der subjektiven Erholung;
Faktor 3: Faktor der Krankheits- und Beschwerdenanfälligkeit in Verbindung mit belastungsrelevanten Lebensereignissen;
Faktor 4: Faktor des Familienstatus und der familienbezogenen Lebensereignisse (und der zusätzlichen psychologischen Behandlung);
Faktor 5: Faktor der altersspezifischen Arbeitsstellenfluktuation und verminderten Schlafdauer;
Faktor 6: Faktor der teilweise geschlechtsspezifischen Berufstätigkeit und Berufsbeanspruchung in Verbindung mit speziellen Lebensgewohnheiten (zum Konsum alkoholischer Getränke);
Faktor 7: Faktor der schulischen und ausbildungsmäßigen Sozialisation und des subjektiven Beschwerden- und Gesundheitszustandes;
Faktor 8: Faktor der berufsbezogenen Belastungsfähigkeit;
Faktor 9: Faktor der berufsbezogenen Unbelastetheit und der Schlafgüte.

13.2.2 Ergebnisse aus den Faktorenanalysen zum Katamnestischen Erhebungsbogen

Auch dieses methodische Verfahren wird unter Zugrundelegung der LVA-Patienten-Daten faktorenanalytisch überprüft; wobei die Kennwerte von N= 90[+] der N=139 Katamneseteilnehmer zur Auswertung verfügbar sind. Zu den nach Eliminierung von Items mit extrem schiefer Verteilung bzw. niedriger Besetzungshäufigkeit verbleibenden 50[++] Kennwerten des Katamnestischen Erhebungsbogens wurden im Zuge der faktorenanalytischen Auswertung noch 8 Variablen aus dem Anamne-

[+] vgl. 13.2.1.1
[++] Darunter die "Life"-Variable; vgl. S. 244

stischen Erhebungsbogen sowie die dichotomisierte Variable nach der erhaltenen bzw. nicht erhaltenen zusätzlichen psychologischen Behandlung hinzugenommen, da deren Anordnung auf den Dimensionen des Katamnesebogens auch von Interesse erscheint. Bei den 8 Anamnesevariablen handelt es sich um Geschlecht, Altersgruppe, Wohnortgröße, Berufstätigkeit des Ehepartners, Zahl der Kinder, Berufsausbildung, Art der Berufstätigkeit, Berufstätigkeit bis unmittelbar vor der Kur. Aus den lebensbereichspezifischen life-event-Kennwerten (Häufigkeit und Bewertung auf den Dimensionen Belastung und Ärger) wurden diejenigen zum beruflichen und familiären Bereich übernommen und - analog der Behandlung dementsprechender Werte aus dem Psychologischen Interview - wurde erneut eine dichotome Variable nach Vorkommen bzw. Nicht-Vorkommen besonderer Lebensereignisse (gleichgültig in welchem und in einem oder mehreren Bereichen) gebildet (kurz "Life" genannt).
Nach Abwägung der Ergebnisse aus verschiedenfaktoriellen Lösungen wird die 8-Faktorenlösung präferiert. Bei dieser wird ein Anteil von 46,7%, also nahezu die Hälfte der Varianz aufgeklärt (vgl. Tab. 7).

Der Faktor 1 ist durch Höchstladungen der katamnestischen Variablen zur Arbeitslosigkeit (eher ja), zur Weiterarbeit an der gleichen Arbeitsstelle (eher nein), zur Dauer der krankheitsbedingten Fehlzeiten und zur Zahl der Klinikaufenthalte (beides eher höher), zum Konsum an Beruhigungs- und "sonstigen" Medikamenten, zur Zahl der Hausarzt- sowie Facharztbesuche (jweils eher höher), außerdem zu den life events im berufsbezogenen Bereich gekennzeichnet.
Auch zwei der anamnestischen Items zeigen auf dem 1. Faktor Höchstladungen, und zwar die Berufstätigkeit des Ehepartners und die Berufstätigkeit der Patienten unmittelbar vor der Kur (eher nein). So wird in diesem Faktor (Eigenwert 6.4, Anteil der Varianz 10.7%) eine Beziehung zwischen Krankheitsanfälligkeit und medizinischer Behandlung sowie Arbeitsplatzfluktuation bzw. -verlust sichtbar.

Der 2. Faktor wird charakterisiert durch Höchstladungen der drei Items zur katamnestischen Kurbeurteilung (Nutzen, Dauer des Nutzens, allgemeinere Beurteilung des Kurerfolgs), weiterhin durch die Häufigkeit, mit der das auf der Kur erlernte bzw. empfohlene Schwimmen weitergeführt wird (dies ist allerdings ein Item von komplexer Ladung: es zeigt auch auf Faktor 5 eine substantielle Ladung), ferner durch die Weiterarbeit an der gleichen Stelle (eher ja), die Beurteilung des eigenen Gesundheitszustandes (als eher positiv) und die Beurteilung der eigenen Lebensführung als gesund (eher ja), die Zuversicht bezüglich des Berufs, auch durch den Weinkonsum (jeweils eher höher). So vereinigt dieser Faktor, der einen Eigenwert von 4.21 und einen Varianzanteil von 7.0% hat, mehr (vor allem die ersten drei genannten Items) oder weniger explizit einen subjektiven katamnestischen Kurerfolg, in Verbindung mit gesundheitlichem Wohlbefinden und berufsbezogener Zuversicht.

Auf dem 3. Faktor zeigen sich maximale Ladungen des Konsums an Schmerztabletten, der Beurteilung der eigenen Lebensführung als gesund (eher nein), der life-event-Kennwerte zum familiären Bereich, auch der dichotomisierten Variable "Life" (Lebensereignisse eher vorgekommen). Es manifestiert sich also eine Dimension der Lebensereignisse, vor allem im familiären Bereich, und Lebensführung (Eigenwert 3.59, Varianz 6.0%).

Höchstladungen des Körpergewichts (eher vermindert) und Geschlechts (eher weiblich), der Berufsausbildung und Berufstätigkeit (eher verminderter Status), auch des Konsums hochprozentiger Getränke (eher verringert) kennzeichnen den 4. Faktor (Eigenwert 3.28, Anteil der Varianz 5.5%), der sich somit als Dimension des Geschlechts, Körpergewichts und beruflichen Status erweist.

Auf dem 5. Faktor (Eigenwert 2.91, Varianz 4.9%) laden die Häufigkeit des Wanderns (und Schwimmens, vgl. Faktor 2) sowie die Zahl der zur Erholung und Entspannung genutzten Stunden, außerdem die Zuversicht in bezug auf Ge-

sundheit, Familie und Beziehungen zu anderen Menschen maximal positiv, so daß sich recht eindeutig ein eher aktives Gesundheitsverhalten und eine zuversichtliche Haltung abzeichnen.

Auf dem 6. Faktor finden sich Höchstladungen der Häufigkeit, mit der die auf der Kur erlernten morgengymnastischen Übungen beibehalten werden, sowie der Dauer, mit der die während des Heilverfahrens erlernten Entspannungsübungen weitergeführt werden, nicht zuletzt des Ausmaßes, in dem die empfohlene Ernährungsweise beibehalten wurde; der Konsum an Wein und hochprozentigen Getränken lädt maximal negativ. Schließlich zeigt sich noch eine Höchstladung der Frage, ob nach Meinung der Befragten ein Psychologe an der Kurklinik arbeiten sollte (eher ja) und der dichotomisierten Variable nach der zusätzlichen psychologischen Behandlung (eher erhalten ja). Dieser Faktor (Eigenwert 2.59, Varainz 4.3%) läßt sich also durch die Verbindung von Gesundheitsverhalten und zusätzlicher psychologischer Behandlung charakterisieren.

Aspekte des Gesundheitsverhaltens finden sich auch auf dem 7. Faktor: Hier erscheinen Höchstladungen der Häufigkeit und Dauer des während der Kur erlernten Hautbürstens, der Häufigkeit der von dort übernommenen Entspannungsübungen, der Stunden körperlicher Betätigung, der vorherrschenden Freizeitgestaltung (eher durch körperliche Betätigung), der Einnahme von Aufputschmitteln (eher verringert), neben Alter und Kinderzahl (jeweils höher). So zeigen sich in diesem Faktor (Eigenwert 2.55, Varianz 4.3%) zumindest teilweise altersspezifische Formen des Gesundheitsverhaltens.

Der 8. Faktor schließlich, neben einer Höchstladung des Familienstands (eher verheiratet) durch die der Häufigkeit der Krankmeldungen (in der Nachkurzeit) und der Kennwerte

zu den life events im berufsbezogenen Bereich gekennzeichnet, auch durch die Einnahme an Abführmitteln, macht einen Zusammenhang von Krankheitsanfälligkeit und belastungsrelevanten Lebensereignissen im Berufsleben deutlich (Eigenwert 2.45, Varianz 4.1%).

Die meisten der Items, die auf den 8 Faktoren des Katamnestischen Erhebungsbogens hoch laden (einschließlich der einzelnen anderen Items, z.B. aus dem Anamnesebogen), erreichen befriedigende Kommunalitäten, mit Ausnahme der Kinderzahl sowie der Fragen, ob nach der Kur innerhalb des Betriebes am gleichen Arbeitsplatz weitergearbeitet wurde und ob Nebentätigkeiten ausgeübt werden.

Zusammenfassend sollen die Faktoren nochmals kurz benannt werden:

Faktor 1: Faktor der Krankheitsdauer und der medizinischen Behandlung sowie der Arbeitsplatzfluktuation bzw. des Arbeitsplatzverlustes;

Faktor 2: Faktor des katamnestischen subjektiven Kurerfolgs in Verbindung mit gesundheitlichem Wohlbefinden und berufsbezogener Zuversicht;

Faktor 3: Faktor der belastungsrelevanten Lebensereignisse, vor allem im familiären Bereich, und subjektiv bewerteten gesundheitsrelevanten Lebensführung;

Faktor 4: Faktor Geschlecht, Körpergewicht, Berufsstatus;

Faktor 5: Faktor des aktiven Gesundheitsverhaltens und der Zuversicht;

Faktor 6: Faktor gesundheitsförderlicher Verhaltensweisen in Verbindung mit der psychologischen Behandlung während der Kur;

Faktor 7: Faktor partiell altersspezifischer Formen des Gesundheitsverhaltens;

Faktor 8: Faktor der belastungsrelevanten Lebensereignisse im berufsbezogenen Bereich und der Krankheitshäufigkeit.

13.2.3 Ergebnisse aus den Faktorenanalysen zum Psychologischen Interview

In die Auswertung wurden 45 Items des Interviews (ohne das Item zu der positiven bzw. negativen Tönung des Geschwisterthemas, und ohne die life event-Kennwerte zu "sonstigen" Bereichen, die zu geringe Besetzungshäufigkeiten aufwiesen), mit denen die LVA-Kurpatienten untersucht wurden, einbezogen. Um die maßgeblichen Dimensionen zu erkunden, anhand derer sich das mit dem Psychologischen Interview erhobene Datenmaterial strukturieren läßt, wurde dieses einer 2-, 3-, 4-, 5- und 6-Faktorenlösung unterzogen. Hierbei wird, da im Falle des Psychologischen Interviews einige Kennwerte, und zwar diejenigen, die sich auf die Kategorien zu den bezugspersonenorientierten Kindheitserinnerungen beziehen, nur von N=65 Patienten vorliegen, neben der bekannten Strategie, zusammenhangs- und itemanalytische Auswertungen nur auf der Basis der tatsächlich vorhandenen Daten vorzunehmen, auch eine missing-data-korrigierende Strategie (Ersetzung fehlender Werte durch den Mittelwert) gewählt (N=157). Somit können faktorenanalytische Ergebnisse zwischen den solchermaßen erheblich unterschiedlichen N verglichen werden. In beiden Fällen erwies sich eine 3-Faktorenlösung als relativ stabil, die somit als Basis für die Beschreibung der Dimensionen gewählt wurde (Tab. 8).Der 1. Faktor zeigt recht eindeutige Höchstladungen der Interviewthemenbereiche I Modus der Ingangsetzung des Heilverfahrens und die damit verbundenen motivationalen Aspekte beim Patienten, II Sorgen um Familie und Arbeitsplatz (im Zusammenhang mit der kurbedingten Abwesenheit), III Besondere Ereignisse und Veränderungen in den letzten beiden Jahren ("life events") vor dem Heilverfahren, IV Soziopsychosomatische Eigenwahrnehmung des Patienten, V Frühe Kindheitserinnerungen (FE): hiervon nur die Einschätzungen durch die Patienten auf den Dimensionen glücklich-unglücklich, gerecht-ungerecht, streng- nicht streng sowie die Gesamtzahl der Erinnerungen; VI Selbsteinschätzungen des Patienten, VII Bewertung des Nutzens der psychologischen Un-

tersuchungen durch den Patienten, VIII Einschätzungen des Patienten durch den Interviewer. Die Tatsache, daß durchweg positive Ladungen auftreten, bringt, da erhöhte numerische Werte die "belastete Seite" indizieren, Momente der mehr oder weniger gegebenen Gestörtheit und Belastetheit zum Ausdruck. Inhaltlich werden durch diesen Faktor sodann das Ausmaß, in dem die Ingangsetzung des Heilverfahrens als mühevoll und anstrengend erlebt wurde (einschließlich der Zeit, die bis zum Beginn vergangen war), in dem außerdem besondere Sorgen um Familie und/oder Arbeitsplatz vorhanden sind, weiterhin die Häufigkeiten, in denen "life events" auftreten und das Ausmaß, in dem diese als belastend bzw. unangenehm bewertet werden, repräsentiert. Es wird ferner deutlich, daß sich dieser Faktor auch auf (nachträgliche) Bewertungen der eigenen Kindheit (als zunehmend unglücklich, ungerecht und freilich auch weniger streng) bezieht, Aspekte der Selbsteinschätzung (in Richtung von "unzufrieden mit sich", aber auch "nicht ehrgeizig") und die Beurteilung psychologischer Untersuchungen durch die einzelnen Patienten (in Richtung "sieht keinen Nutzen") bezieht.

Schließlich ist auch die Einschätzung der Patienten durch den Interviewer (in Richtung verminderter psychosoziosomatischer Eigenwahrnehmung, erhöhter Klagsamkeit, Mitteilsamkeit, verminderter Sympathie und Selbstexploration sowie zunehmender Ängstlichkeit und Belastetheit) enthalten.

Im Verhältnis zu der Mehrzahl der gleichsinnig "belastend" wirkenden Ausprägungen erscheint weniger konsistent, daß höhere, wenn auch nicht ganz eindeutige positive Ladungen der Selbsteinschätzung im Sinne von "weniger ehrgeizig" der Bewertung der eigenen Kindheit als zunehmend "nicht streng" vorkommen. Möglicherweise waren beim erstgenannten Punkt Einflüsse im Sinne sozialer Erwünschtheit beteiligt, sich als weniger ehrgeizig darzustellen. Es ist auch vorstellbar, daß, im Zusammenhang mit den passiv-resignativen

und somatischen Orientierungen, die in dem Faktor anklingen, ein Abwehrmechanismus beteiligt ist, der die bewußte Wahrnehmung ehrgeizig-aggressiver Anteile der eigenen Person erschwert. Vielleicht sind ähnliche Überlegungen auch hinsichtlich der im zweitgenannten Punkt angesprochenen Lokalisierung der Kindheitsbewertung als zunehmend "nicht streng" angebracht? Wegen dieser mangelnden Eindeutigkeit behalten wir die beiden Items für die Itemanalyse einstweilen noch bei.

Bemerkenswert ist noch, daß von den an die frühen Kindheitserinnerungen (FE) "herangetragenen" Auswertungskategorien nur die Gesamtzahl der FE auf dem 1. Faktor eine Höchstladung aufweist, die anderen Kategorien hingegen eigene Faktoren konstituieren. Die Menge von kindheitsbezogenen Schilderungen sagt also noch nicht unbedingt etwas über deren "inhaltliche Färbungen" aus, welche vielleicht auch ihrer nicht mehr unmittelbar aus dem subjektiv-phänomenalen Bezugsrahmen hervorgehenden Ableitungen wegen eine eigene Dimension konstituieren (siehe weitere Faktoren). Integrieren wir die Art der höchstladenden Items und das Ausmaß wie die Richtung ihrer Ladungen zu einer Aussage, dann ist der 1. Faktor durch Merkmale einer psychosozialen Belastung und psychovegetativen Gestörtheit bei eher körperbezogenen und externalen Verarbeitungsweisen gekennzeichnet.

Auf dem 2. Faktor zeigen ausschließlich "FE-Items" Höchstladungen. Es handelt sich um diejenigen Items, die altersstufenbezogene Häufigkeiten von FE angeben, sodann um die Kategorien "Mutter" und "Vater" (nur ob erwähnt oder nicht erwähnt) sowie um die Kategorien, die das FE-Material nach allgemeinen belastungsrelevanten, jedoch ohne direkte Bezugnahme auf Bezugspersonen angesprochene Themen oder Ereignisse (Strafe, Trennung, Unfall, Katastrophe, Entbehrung) ordnen. Auch die temperaments- und motivationsrelevanten Kategorien wie Aktivität-Passivität und Aggressivität sowie die Geschwisterkategorie und außerdem die

affektive Gesamttönung der kindheitsbezogenen Schilderungen ergeben Höchstladungen.

Der 3. Faktor wird durch Kategorien definiert, die (wahrscheinlich störungs- und belastungsrelevante) ausdrückliche Bezugnahmen auf die frühen Bezugspersonen klassifizieren ("Strenge", jeweils in Verbindung mit "Vater" und "Mutter", Unterstützung in Verbindung mit "Vater" und "Konflikt der Bezugspersonen").

Bemerkenswert erscheint, daß die bisher dargestellte Dreifaktorenlösung überwiegend sowohl im ersten Falle der auf die gesamte Stichprobe bezogenen Auswertung als auch im zweiten Falle der nur auf die kleine Stichprobe derjenigen Patienten bezogenen Auswertung vorkommt, von denen jene bezugspersonenspezifischen FE-Kategorien erhebbar waren. Allerdings soll auf gewisse Unterschiede aufmerksam gemacht werden. Die Bedeutung des ersten Faktors wandelt sich im zweiten Fall insofern etwas ab, als nun die Items, die u.E. die Bedeutung von Verarbeitung und Attribuierung einnehmen, so die Untersuchereinschätzungen hinsichtlich sozio-psychosomatischer Eigenwahrnehmung und Selbstexploration der Patienten, außerdem der von diesen eingestufte Nutzen der psychologischen Untersuchungen (deren Ladungen schon im ersten Fall nicht ganz eindeutig ausfielen) umgekehrte Vorzeichen erhalten. Das heißt, daß im Falle der kleinen Stichprobe von Patienten, die auch bezugspersonenspezifische Erinnerungen angeben, eher "psychologische" Verarbeitungsweisen eine Rolle spielen dürften, während im Falle der übrigen doppelt soviele Patienten umfassenden größten Stichprobe die Ausprägungen im Sinne eher externaler und körperbezogener Verarbeitung domienierender auszufallen scheinen.

Leicht veränderte Gegebenheiten im zweiten gegenüber dem ersten Fall ergeben sich auch insofern, als die Unabhängigkeit zwischen dem zweiten und dritten Faktor ab- und die Abhängigkeit zunimmt.

Um vor allem beim ersten und beim zweiten Faktor Anhaltspunkte über die gesamte Stichprobe zu haben, orientieren wir uns an den Bedeutungen der Faktoren, wie sie sich bei der gesamtstichprobenbezogenen Auswertung ergeben. - Eine Dreifaktorenlösung erscheint angemessen. Eigenwerte und Varianzen (in Klammer die Werte bei der kleineren Stichprobe) betragen 1. 12.9 und 21.3% (8.67 und 17.6%), 2. 6.33 und 13.2% (4.89 und 9.7%), 3. 2.62 und 5.5% (3.88 und 7.7%).

Sodann wird die folgende Bezeichnung der Faktoren gewählt:
Faktor 1: Interview-Faktor der psychosozialen Belastung und psychovegetativen Gestörtheit bei eher körperbezogenen und externalen Verarbeitungsformen;
Faktor 2: Interview-Faktor der allgemeineren belastungs- und störungsrelevanten Aspekte der eigenen Kindheitserinnerungen bei eher distanzierten Stellungnahmen;
Faktor 3: Interview-Faktor gefühlsmäßiger unmittelbar mit den frühen Bezugspersonen verbundener Kindheitserinnerungen.

13.2.4 Ergebnisse aus den Faktorenanalysen zum Fragebogen Einstellung zur Kur EzK

Von den verschiedenen Faktorenlösungen, in die die zum Kuranfang erhobenen Kennwerte von N= 385 LVA- und BfA-Kurpatienten einbezogen wurden, entschieden wir uns für die 3-Faktoren-Lösung (vgl. Tab. 9). Dafür waren folgende Überlegungen maßgebend:

Auf dem 1. Faktor laden 12 Items am höchsten. Von diesen beziehen sich 4 auf die Gründe für die Kurbeantragung (Sorge um Gesundheit, Fitwerden für Arbeit, Linderung gesundheitlicher Beschwerden, Empfehlung des Arztes), 6 auf die Erwartungen an die Kur (körperl. Untersuchung, Beratung in Gesundheitsfragen, Einübung gesundheitsförderlichen Verhaltens, Beratung bezüglich Krankheit, Verordnung von Medikamenten, Hilfe bei der Bewältigung kurbezogener Schwierigkeiten) und 2 auf die Einschätzung der Wirksamkeit bestimmter Maßnahmen ("Daß sich Ärzte und Schwestern um einen kümmern" und ärztl. Untersuchung und Behandlung). Mittlere Ladungen ergeben sich auch für das Item Nr. 10 zur Einschätzung der Wirksamkeit (Regelmäßigkeit des Tagesablaufs) und die Items Nr. 3 und 4 zur allgemeinen Bewertung der Kur ("Sind Sie der Meinung, daß viele Leute in Kur gehen, obwohl sie es garnicht nötig hätten?"; "..., daß viel mehr Leute eine Kur in Anspruch nehmen soll-

ten?"), die jedoch auch auf anderen Faktoren auftreten. Diese drei Items schlossen wir aus der weiteren Auswertung aus. Insgesamt läßt also der Faktor 1 eine Sorge um die eigene Gesundheit und die Erwartung nach der Wiederherstellung der Gesundheit bei deutlicher somatischer und zugleich passiver Orientierung deutlich werden. Ähnlichkeiten mit beispielsweise dem Faktor 2 bei BÖCK (1975) des desinteressierten und desengagierten rezeptiven (Kur-) Verhaltens klingen an.

Im Vordergrund des 2. Faktors, auf dem insgesamt 10 Items Höchstladungen zeigen, stehen kurantragsrelevante Gründe wie Entlastung von den alltäglichen Beanspruchungen und Wunsch nach Aussprache (Item zu Gründen für Antrag auf Heilverfahren Nr. 2, 3, 5 und 6) und die damit zusammenhängende Erwartung nach Aussprache und Beratung in bezug auf Probleme an Arbeitsplatz und in Familie (erwartungsbezogene Items Nr. 4 und 5) sowie die Annahme über die positive Wirkung von neuen, deutlich vom Alltag abgehobenen zwischenmenschlichen Interaktionen (Items zur Einschätzung der Wirksamkeit bestimmter Maßnahmen Nr. 4, 5, 7 und 8). Eine gewisse Ähnlichkeit mit dem Ziel des Heilverfahrens "Wiederherstellung der körperlichen und seelischen Gesundheit" bei SCHABACKER und ASCHOFF (1976) deutet sich an. Sodann ließe sich dieser Faktor charakterisieren als erwartete Entlastung von den alltäglichen Beanspruchungen und Belastungen in Verbindung mit dem Wunsch nach hilfreicher Aussprache und Beratung in bezug auf berufsbezogene und familiäre Probleme und nach neuen zwischenmenschlichen Begegnungen.

Auf dem 3. Faktor laden Items, die mit der Behandlung psychosozialer Probleme zu tun haben (Item Nr. 3 zu antragsbezogenen Gründen: Aussprache über Probleme; Items Nr. 4 und 5 zu Erwartungen: Aussprache und Beratung in bezug auf Arbeitsplatz- und Familienprobleme) jeweils negativ, hingegen solche Items, die die Erwartung nach und die Überzeugung von der Heilwirkung natürlicher, der klassischen Kneipptherapie verwandter Heilmaßnahmen (erwartungsbezoge-

nesItem Nr. 7: Verordnung von Kurmaßnahmen wie Bäder, Massagen, Gymnastik usw., wirksamkeitseinschätzungsbezogene Items 1, 2, 3, 6: Luftveränderung, Bäder usw., Ruhe des Kurortes, Ausspannen, Wandern; Items zur allgemeinen Bewertung Nr. 1, 2 und 5: erfolgszuversichtliche Einschätzungen) zum Ausdruck bringen. Gemeinsames Merkmal ist offenbar die Erwartung nach und die Überzeugung von der gesundheitsförderlichen Wirkung natürlicher Heilmittel in Verbindung mit einer zuversichtlichen Einschätzung des Kurerfolgs bei einer eher ablehnend-skeptischen Haltung gegenüber einer auf psychosoziale Probleme gerichteten Aussprache und Beratung.

Die Eigenwertanteile der drei Faktoren betragen 5,40, 3,44 und 1,95 und die Varianzanteile liegen bei 16,4, 10,4 und 5,9%. Insgesamt klären sie also etwa ein Drittel der Varianz auf. So ist eine Reihe von spezifischen weiteren Varianzquellen anzunehmen. Der Verlauf der Eigenwerte läßt nach dem 2. und 3, Faktor jeweils einen deutlicheren Einschnitt erkennen.

Sodann entschlossen wir uns zur folgenden Faktorenbezeichnung:

1. Faktor 1: Erwartung der Wiederherstellung eines befriedigenden Gesundheitszustandes bei überwiegend somatischer und passiver Orientierung;

2. Faktor 2: Erwartung der Entlastung von alltäglichen Anforderungen und Wunsch nach Aussprache und Beratung bezüglich psychosozialer (arbeitsplatzbezogener und familiärer) Probleme und nach neuen zwischenmenschlichen Begegnungen;

3. Faktor 3: Erwartung "natürlicher", erholungsfördernder Heilmaßnahmen bei zuversichtlicher Einschätzung des Kurerfolgs.

13.2.5 Ergebnisse aus den Faktorenanalysen zum Fragebogen Beurteilung der Kur BdK

Auf eine Einbeziehung der beiden letzten frei zu beantwortenden Fragen, etwa im Sinne einer Kategorienbildung, verzichten wir, da hierzu von den Patienten kaum Angaben gemacht worden sind. Nach Abwägung von 2- bis 6-faktoriellen Lösungen, wiederum auf den - zum Kurende erhobenen - Daten von(387)LVA- und BfA-Kurpatienten beruhend, entschieden wir uns für die 4-Faktoren-Lösung (vgl. Tab. 10). Dafür sprachen die folgenden Gründe:

Auf dem 1. Faktor laden insgesamt 11 Items am höchsten, wobei es sich ausschließlich um solche aus der "Allgemeinen Beurteilung" des BdK handelt. Es sind die Items Nr. 1 bis 6, 9 bis 10 und 13 bis 15. Sie bringen die Annahme, künftig gesünder zu leben, das subjektive Gefühl vermehrter Leistungsfähigkeit, Beschwerdenbesserung sowie körperlicher und seelischer Erholung zum Ausdruck, wobei das Kurprogramm als eher weniger anstrengend bewertet wird. Außerdem beschreiben sie einen eher positiven globalen Erfolg und die Zufriedenheit mit der Dauer der Kur in Verbindung mit einer eher wenig besorgten Einschätzung der eigenen Zukunft. Geringe bis mittelhohe Ladungen, die gleichzeitig auch bei anderen Faktoren auftreten, ergeben sich auf dem 1. Faktor noch für die vier Items zur Allgemeinen Beurteilung Nr. 7 (in der Kurklinik wohlgefühlt), 8 (Wunsch nach Kurwiederholung), 11 (Meinung, mehr Leute sollten eine Kur in Anspruch nehmen) und 12 (Meinung, ob die Kur bei vielen Patienten von Erfolg war). Da solche komplexen Items - mit erwartungsgemäß schwächeren Kommunalitäten - die Abhängigkeit zwischen den Faktoren erhöhen und die Einfachstruktur der Faktoren beeinträchtigen, eliminieren wir sie aus der Skalenbildung. Offenbar besteht eine Verwandschaft zwischen dem aus unseren Daten extrahierten 1. Faktor und dem (ebenfalls 1.) Faktor der "Gesamtzufriedenheit mit dem Kuraufenthalt" bei BÖCK (1975), der dort mit einer subjektiv günstigen Entwicklung des jeweiligen Gesundheitszustandes und der Zufriedenheit mit der medizinischen Versorgung einhergeht. Gemeinsam ist beiden die eher positive

Einschätzung des eigenen Befindens und Gesundheitszustandes, unterschiedlich ist offenbar, daß in dem von uns gefundenen Faktor nicht explizit auf einzelne Kurmaßnahmen bzw. die medizinische Versorgung Bezug genommen wird.

Genau das ist bei unserem Faktor 2 der Fall. Die 6 Items, die auf ihm Höchstladungen zeigen, sind ausschließlich solche, anhand derer einzelne Maßnahmen, insbesondere die spezifisch medizinische und ärztliche Untersuchung und Behandlung, eher positiv beurteilt werden (Nr. 1 gründliche körperliche Untersuchung, 2 Beratung in Gesundheitsfragen, 5 Aussprache und Beratung bezüglich körperlicher Beschwerden, 6 Medikamentenverordnung, 7 Hilfe bei kurbezogenen Schwierigkeiten, 17 ärztliche Untersuchung und Behandlung). Geringe bis mittlere Ladungen auf diesem 2. Faktor ergeben sich auch für die drei maßnahmenbezogenen Items 9 (Bäder, Massagen, Gymnastik), 12 (aus der Familie herauskommen) und 15 (daß sich Schwestern um einen kümmerten), womit die Zufriedenheit mit pflegerisch-versorgenden Tätigkeiten anklingt.

Auf dem 3. Faktor laden insgesamt 9 Items am höchsten, die wiederum einzelne Maßnahmen und Bedingungen betreffen (Nr. 8 bis 16). Zum Ausdruck kommt eine eher positive Beurteilung der äußeren Umgebung mit Luftveränderung und Ruhe des Kurortes (Nr. 8 und 10) bei Abwesenheit beruflicher (Nr.11) und familiärer (Nr. 12) Verpflichtungen, der Maßnahmen Bäder, Massagen, Gymnastik (Nr. 9) und Ausspannen, Wandern, Spielen (Nr. 13), der Kommunikation mit Mitpatienten und therapeutischem Personal (Nr. 14 und 15) und der Regelmässigkeit des Tagesablaufes (Nr. 16). In geringem Ausmaß laden auch die maßnahmenspezifischen Items Nr. 17 und 18 (ärztl. Untersuchung und Behandlung; Entspannungsübungen), außerdem die allgemeinen Beurteilungsitems Nr. 2 bis 5 (verbesserter Gesundheitszustand, vgl. oben), 7 und 8, 11 und 12 (wohlgefühlt in der Klinik; Kurwiederholungswunsch; Meinung, daß mehr Personen eine Kur in Anspruch nehmen sollten und daß die Kur bei vielen Patienten erfolgreich war; siehe oben) sowie 13 (globale eigene Kurerfolgs-

einschätzung). Im Vordergrund des 3. Faktors steht also eine Zufriedenheit mit besonderen, erholungs- und kommunikationsfördernden Bedingungen und Maßnahmen des Kuraufenthaltes.

Höchstladungen auf dem 4. Faktor ergeben sich für die maßnahmenbezogenen Items 3 und 4 (Aussprache und Beratung bezüglich der Probleme an Arbeitsplatz und in Familie), 18 (Autogenes Training und Entspannungsübungen), 19 (Gruppengespräche) und 20 (Gespräche mit Psychologen/Psychologin). Damit kommt speziell die Bewertung der psychosozialen und psychologischen (psychotherapeutischen, beraterischen und übenden) Kurmaßnahmen zum Ausdruck. Eine positive Ladung (zweithöchste bei höchster auf 1. Faktor) zeigt auch das Item Nr. 6 zur allgemeinen Beurteilung "Machen Sie sich Sorgen um die Zukunft". Diese Ladung scheint stichprobenspezifisch durch die Angaben der Patienten der Dörenbergklinik zustandezukommen, da sie bei einer ebenfalls gerechneten Faktorenanalyse lediglich des BdK der Buchinger Patienten im Falle der 3er Lösung nahezu auf Null zurückgeht und im Falle der 4er Lösung ebenfalls eine negative - mittelhohe - Ausprägung erhält, die eine positive Interpretation erlaubt. Dabei bleibt in beiden Fällen eine Negativladung auf dem 1. Faktor erhalten, wie wir es bei unserer Analyse gesehen haben. Es sei noch darauf hingewiesen, daß auf dem 4. Faktor geringere Ladungen der Maßnahmenitems Nr. 5, 7 und 12, die sich auf Aussprachen in bezug auf Beschwerden und kurspezifische Probleme sowie die Entlastung von familiären Beanspruchungen beziehen, und der allgemeinen Beurteilungsitems Nr. 1, 2, 4, 5 und 13 auftreten, die eine eher positive Einschätzung des eigenen Gesundheitszustandes und des Kurerfolgs anzeigen.

Die Eigenwerte der 4 Faktoren betragen 10,06, 3,02, 2,52 und 2,01 und ihre Varianzanteile umfassen 28,7, 8,6, 7,2 und 5,7%. Übereinstimmend mit der inhaltlichen Interpretierbarkeit zeigt sich ein Einschnitt im Eigenwertverlauf nach dem 4. Faktor, nach dem auch der Varianzanteil auf deutlich unter 5 % absinkt. Insgesamt werden durch die

4 Faktoren 50,3 % der Varianz aufgeklärt.

Wir entschlossen uns sodann zu folgender Bezeichnung der Faktoren:

1. Faktor 1: Faktor des globalen subjektiven Kurerfolgs bei überwiegend positiver Bewertung des eigenen Gesundheitszustandes und eher zuversichtlichen Zukunftserwartung;
2. Faktor 2: Faktor der Zufriedenheit mit der medizinischen Untersuchung und Behandlung während des Heilverfahrens;
3. Faktor 3: Faktor der Zufriedenheit mit erholungs- und kommunikationsfördernden Bedingungen und Maßnahmen des Kuraufenthaltes;
4. Faktor der eher positiven Bewertung psychologischer Kurmaßnahmen.

13.2.6 Ergebnisse aus den Faktorenanalysen zum Fragebogen zur Erfassung subjektiver Krankheitskonzepte und Behandlungsvorstellungen KKB

Die faktorenanalytische Auswertung der KKB-Daten von Patienten der LVA-Kurklinik Buching und der BfA-Dörenbergklinik (N=378) führte, auf der Grundlage der zum Kuranfang gewonnenen Werte, nach Abwägung von 3-, 4-, 5- und 6-Faktorenlösungen zur Extraktion von 4 Faktoren (vgl. Tab. 11). Dafür waren die folgenden Überlegungen entscheidend:

Auf dem 1. Faktor zeigen die beschwerdenbezogenen Items Nr. 10, 11, 15, 16 und 18 und die behandlungsbezogenen Items Nr. 6, 9 und 10 die höchsten Ladungen. Die Items sind deutlich durch ihren Bezug auf psychische und psychosoziale Belastungen und Konflikte (z.B. Item Nr. 3: "Ängste, die Sie in bestimmten Situationen nicht überwinden können"), eine eher als "falsch" eingeschätzte Erziehung sowie durch auf psychotherapeutische Hilfen bezogene Behandlungserwartungen gekennzeichnet. Diese Items sind auch für das psychologische Krankheitskonzept "Seelische Probleme und

Psychotherapie" bei SCHEER und MOELLER (1976, S. 26) charakteristisch. Nicht unerhebliche Ladungen auf dem 1. Faktor zeigen auch die Items Nr. 6 zur Beschwerdengenese ("Nervöse Übererregbarkeit") und 2 zur Behandlungserwartung ("Gemeinsam in Gesprächen Schwierigkeiten klären"). Da diese Items auch auf anderen Faktoren relativ hoch laden, erschienen sie uns im Sinne der Einfachstruktur wenig geeignet und wir eliminieren sie aus der weiteren Auswertung.

Auf dem 2. Faktor fallen die hohen Ladungen der beschwerdengenesebezogenen Items Nr. 1, 5 und 19 und des Behandlungserwartungsitems Nr. 5 auf. Sie drücken die Vorstellung, Beschwerden seien durch "Stress"-Phänomene wie allgemeine Erschöpfung, Hetze sowie Kreislaufschwäche bedingt, und die Erwartung einer Behandlung in Form von Erholung und Schonung aus. Diese Items gehören u.a. zu denen, die bei SCHEER und MOELLER (1976, S. 26) das Konzept "Stress und Schonung" beschreiben. Mittlere Ladungen ergeben sich auf dem 2. Faktor auch für die Items Nr. 4 zur Beschwerdengenese ("Überlastung durch die Arbeit") und 4 zur Behandlungserwartung ("straffen Behandlungsplan ausarbeiten").

Der 3. Faktor ist in erster Linie durch die behandlungsbezogenen Items Nr. 1, 4, 7, 8 (und teilweise 2; siehe oben) bestimmt, die die Erwartung nach einer eher lenkenden und körperbezogenen Behandlung (körperliche Ursache herausfinden, straffer Behandlungsplan, Chefarzt hinzuziehen, Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung) ausdrücken, wobei auch Tendenzen zur Vermeidung eigener Verantwortung und Aktivität anklingen. Von den beschwerdebezogenen Items zeigt nur dasjenige Nr. 12 (Überlastung in der Arbeit) eine (numerisch nicht hohe) Höchstladung. Mit Ausnahme des eben genannten Items ist der 3. Faktor dem Konzept "Körperleiden und Organmedizin" bei SCHEER und MOELLER (1976, S. 26) ähnlich.

Auf dem 4. Faktor laden die auf die Beschwerdegenese bezogenen Items Nr. 4 und 9 ("Überlastung in der Arbeit"; "Unzufriedenheit im Beruf") und das mit der Behandlungserwar-

tung zusammenhängende Item Nr. 3("Hilfe zu einer befriedigenden Arbeitsstituation") am höchsten. Sie deuten auf eine mit Unzufriedenheit und Überlastung verbundene Arbeits- bzw. Berufssituation, deren Änderung in Richtung vermehrter Zufriedenheit als angemessene Hilfe erwartet wird, hin. Freilich finden sich auch mittlere Ladungen der Items Nr. 5 und 10 zur Beschwerdengenese ("Hetze"; "falsche Erziehung"), mit einer Negativladung des behandlungsbezogenen Items Nr. 1 ("Herausfinden d. körperlichen Ursache"), was u.a. die genannte Unzufriedenheit auch mit der eigenen Kindheit und Jugend in Verbindung zu bringen scheint. Zum Teil finden sich die auf dem 4. Faktor ladenden Items in dem Konzept "Konstitutionelle Schwäche und Stützung" bei SCHEER und MOELLER (1976, S. 27) wieder, sind aber bei den von uns untersuchten Patienten ausdrücklicher auf die Arbeitssituation gerichtet.

Die Anteile der Eigenwerte und Varianzen für die 4 Faktoren liegen bei 4,93 und 22,4 %, 2,15 und 9,7 %, 1,82 und 8,3 % sowie 1,45 und 6,6 %. Sie klären 47,o % der Varianz auf. Der Verlauf dieser Werte läßt nach dem 3. und 6. Faktor Einschnitte erkennen, so daß unter diesem Gesichtspunkt Extraktionen auch solcher Faktorenzahlen möglich gewesen wären. Im Falle der 4-Faktoren-Lösung erwies sich das Ladungsmuster und die Interpretierbarkeit aber als am eindeutigsten, so daß sie für die o.g. Entscheidung den Ausschlag gaben.

Wir entschlossen uns sodann zu folgender Bezeichnung der 4 Faktoren, wobei wir, um eine möglichst konsistente Nomenklatur zu erhalten, die Bezeichnungen von SCHEER und MOELLER soweit wie möglich übernehmen:

Faktor 1: Seelische und psychosoziale Probleme und Psychotherapie;

Faktor 2: Stress und Schonung;

Faktor 3: Körperleiden und Organmedizin;

Faktor 4: Belastende und unbefriedigende Arbeitssituation und Hilfe zur vermehrten Zufriedenheit.

13.2.7 Ergebnisse aus den Faktorenanalysen zum Fragebogen Hypochondrie und Gesundheitsverhalten HG

Da sich dieser Fragebogen noch im Testentwicklungsstadium befindet und auch wir aus der von FÜRDERER (1976) mitgeteilten Gesamtfassung nur die vier erwähnten Skalen ausgewählt haben, erschienen faktorenanalytische Auswertungen angebracht. Diese können zeigen, inwieweit die vier HG-Dimensionen reproduzierbar sind; sie wurden daher für die 12 Items des HG, wie sie von der LVA-Patienten-Stichprobe zum Anfang des Heilverfahrens beantwortet wurden (N= 172) durchgeführt. Werden die bekannten zur Faktorenextraktion anzustellenden Überlegungen der inhaltlichen Interpretierbarkeit, der Eindeutigkeit und Stabilität der Ladungsmuster,der Kommunalität, der Skalenlänge sowie der Anteile und Abfolge von Varianzen und Eigenwerten auch auf die vorliegenden Ergebnisse bezogen, so ergibt sich (vgl. Tab. 12):

Als recht eindeutig reproduzierbar erweist sich der Faktor "Mißtrauen gegenüber Ärzten und Therapien". Weitgehend gilt dies auch für den Faktor "Strikte Risikovermeidung bezüglich körperlicher Gefährdung"; allerdings findet sich auf diesem auch eine substantielle Ladung des Items 9 ("Plötzlicher Klimawechsel würde meiner Gesundheit schaden"), das nach den Ergebnissen von FÜRDERER dem Faktor "Mißtrauen gegenüber dem eigenen Körper" zuzuordnen ist, in unseren Ergebnissen hier zwar auch eine beachtliche, aber noch knapp unterhalb der auf dem Risikovermeidungsfaktor liegenden Ladungshöhe zeigt. Analoges ist zum Faktor "Starke Beachtung von Krankheitsanzeichen" (Items 10-12) zu sagen, wobei sich neben den substantiellen, zu erwartenden Ladungen dieser drei Items auch eine knapp höhere Ladung des Items 12 "Mattigkeit und Frösteln...") auf dem Faktor "Mißtrauen gegenüber Ärzten und Therapien" befindet. Neben dem oben erwähnten leicht "ausscherenden" Item 9 fällt die Höchstladung jeweils von Item 7 und 8 - wie bei FÜRDERER - auf den verbleibenden Faktor "Mißtrauen

gegenüber dem eigenen Körper". Außer den eben beschriebenen itemspezifischen leichten Unterschieden zu den Ergebnissen FÜRDERERs sind noch gewisse Unterschiede in Eigenwert- und Varianzabfolge zu nennen. Während sich hier bei FÜRDERER ein erster Rang für den Risikovermeidungsfaktor, ein zweiter für den auf Ärzte und Therapien bezogenen Mißtrauensfaktor, ein dritter für den auf den eigenen Körper bezogenen Mißtrauensfaktor und schließlich ein vierter Rang für den Krankheitszeichenbeachtungs-Faktor erigbt, stehen bei uns der zweitgenannte Faktor an erster, der erstgenannte an zweiter, wiederum der drittgenannte an vierter und der viertgenannte an dritter Stelle. Aus diesem Grunde weicht, dementsprechend gegeben (HG1 Misstr. geg. Ärzte u. Therap., HG2 Risikovermeid., HG3 Beacht.v.Krankh. anz., HG4 Mißtr. geg.eig.Körp.) die Reihenfolge der HG-Variablen in Variablenliste und einzelnen Berechnungen im Rahmen der vorliegenden Untersuchung von der Reihenfolge bei FÜRDERER etwas ab. Aufgrund der vorliegenden Ladungsmuster scheint es aber noch vertretbar, die Itemzuordnungen und die Bezeichnungen wie bei FÜRDERER zu übernehmen.

13.2.8 Ergebnisse aus den Faktorenanalysen zum Fragebogen zur Erfassung subjektiver psychosozialer Belastungen im Zusammenhang mit Ehe, Familie und Beruf BFB

Um die relevanten Dimensionen des BFB zu erfassen und gleichzeitig zu prüfen, inwieweit die faktorenanalytischen Ergebnisse von WEYER und HODAPP (1975) repliziert werden können, berechneten wir aus den Meßwerten der von uns zusammengestellten Belastungsitems Faktorenanalysen. Zugrunde lagen wieder die Daten der Patienten der LVA-Kurklinik Buching und der BfA-Dörenbergklinik, die jeweils zum Beginn des Heilverfahrens erhoben wurden.[+] Nachdem wir 3-, 4-, 5- und 6-Faktorenlösungen berechnet und diskutiert hatten, entschieden wir uns für die 4-Faktorenlösung (vgl. Tab. 13). Dafür sprachen die folgenden Überlegungen:

[+] N=328 (N bezogen auf Patienten mit Kindern)

Es zeigte sich durchgängig, daß auf dem 1. Faktor alle Items am höchsten laden, die sich auf subjektive Belastungen im Zusammenhang mit der Ehe beziehen (Nr. 15 bis 20 in dem von uns verwendeten Fragebogen; alle weiteren Itemnummern beziehen sich darauf; vgl. A12). Alle anderen Items laden auf den weiteren Faktoren höher. Nur die beiden Items Nr. 8 und 13 (Anforderungen durch Familie, Beruf, Haushalt; Auseinandersetzungen mit dem Ehepartner wegen der Kinder) laden noch relativ hoch auf dem 1. Faktor, was wir aber wegen der plausiblen Beziehung dieser letztgenannten Probleme zu ehespezifischen Belastungen akzeptieren. Der Faktor 1 repliziert gut die Skala EI bei WEYER und HODAPP.

Auf dem 2. Faktor weisen die Items Nr. 4 bis 9 Höchstladungen auf. Sie erscheinen charakteristisch für übermäßige subjektive Beanspruchung bzw. für Überforderung im Zusammenhang mit der Arbeit. Das Item Nr. 9 spricht hingegen frustrierte berufliche Aufstiegswünsche an und steht mit den anderen Items vielleicht über Gefühle des Nichtgewachsenseins und der Unzulänglichkeit in einem Zusammenhang. Die Items Nr. 4 bis 9 laden mit Ausnahme derjenigen Nr. 8 und 9 (siehe Faktor 1) kaum auf anderen Faktoren, wobei 9 zusätzlich noch auf dem 4. Faktor negativ lädt (siehe dort). Die Ergebnisse zu unserem Faktor 2 vereinigen die Skalen BII, BIV und teilweise BV von WEYER und HODAPP.

Unter inhaltlichen, einschließlich Ladungsmusteraspekten, wirkt der 3. Faktor recht eindeutig. Er wird durch die Items Nr. 1 bis 3, 10 und 11 charakterisiert, die sich auf subjektive Zufriedenheit bzw. Unzufriedenheit mit den drei Arbeitsplatzbedingungen der Arbeit, dem Verhältnis zu Kollegen und der Bezahlung, die Langeweile und die Motivation zum Berufswechsel beziehen. Dieses Resultat verbindet die Skalen BI, BV und teilweise BIV von WEYER und HODAPP.

Auf dem 4. Faktor laden die Items am höchsten, die subjektive Belastungen im Zusammenhang mit den eigenen Kindern beschreiben (Items Nr. 12-14), wobei nur das Item Nr. 13 eine noch beachtliche Ladung auf dem 1. Faktor zeigt (siehe oben). Auffallend ist die Negativladung von Item Nr. 9 ("Ich wäre gerne in meinem Beruf weitergekommen"). Möglicherweise drückt sich hier eine resignative-verleugnende Abwehr von Aufstiegswünschen aus, deren Konflikthaftigkeit durch den Zusammenhang mit kinderbezogenen Belastungen angedeutet werden mag (vgl. BRUGGEMANN u.a. 1975, S. 133).

Die Eigenwerte der vier Faktoren (4,89, 2,36, 2,13, 1,31) liegen durchweg über 1 und die Varianzen (24,5, 11,8, 10,6, 6,5) jeweils über 5 %, insgesamt bei 53,4 %. Der SCREE-Test ergibt einen deutlichen Einschnitt nach dem 3. und einen weniger deutlichen nach dem 4. Faktor. Die Eigenwertabfolge hätte also einer 4er und 3er-Lösung nicht widersprochen.

Sodann entschlossen wir uns zu der folgenden Bezeichnung der Faktoren:

1. Faktor der subjektiven psychosozialen Belastung im Zusammenhang mit der ehelichen Interaktion;
2. Faktor der subjektiven Beanspruchung und Überforderung durch die tägliche Arbeit;
3. Faktor der subjektiven Unzufriedenheit mit der Art der beruflichen Arbeit, dem Verhältnis zu Kollegen und der Bezahlung;
4. Faktor der subjektiven psychosozialen Belastung im Zusammenhang mit den eigenen Kindern.

13.2.9 Ergebnisse aus den Faktorenanalysen zum Fragebogen Einschätzung der Patienten durch den Gruppenarzt und die Gruppenbetreuerin (Arzt- und Betreuerin-Rating)

Um klinikspezifische Bezugssysteme zur Beurteilung der Patienten anhand der genannten Aspekte zu berücksichtigen, wurden die Faktorenanalysen getrennt für jede Kurklinik berechnet. Die vorliegenden Ergebnisse beruhen auf den Daten der Patienten der LVA-Kurklinik Buching (N=175). Dabei wurden die zum Kurende von den jeweiligen Gruppenärzten und Gruppenbetreuerinnen anhand der bereits beschriebenen 15 Items vorgenommenen Einschätzungen der einzelnen Patienten gemeinsam mehreren Faktorenanalysen unterzogen. Eine solche gemeinsame Auswertung erschien insofern gerechtfertigt, als es sich um inhaltlich verwandte und auf jeweils die gleichen Patienten bezogene Ratings handelte. Nach Anwendung der bekannten Gesichtspunkte zum Faktorenextraktionsproblem (inhaltliche Interpretierbarkeit, Stabilität und Eindeutigkeit der Ladungsmuster, Kommunalität, Skalenlänge, Abfolge und Anteile von Eigenwerten und Varianz) erscheint eine Beschreibung anhand von drei Dimensionen angebracht (vgl. Tab. 14).

Auf dem ersten Faktor zeigen 8 der 10 Items der Arztratings Höchstladungen, die überdies, mit Ausnahme des auf das bisherige Gesundheitsverhalten bezogene Items 4, das eine gleichhohe Ladung auch auf dem zweiten Faktor zeigt, weitgehend stabil und numerisch hoch ausfallen. Neben dem eben erwähnten Item handelt es sich um solche, die sich auf Ausmaß und Richtung kurbedingter Veränderungen in Symptomatik, körperlichem Allgemeinzustand, subjektiven (vom Patienten geäußerten) Beschwerden des einzelnen Patienten, seines Bemühens um einen positiven Kurerfolg sowie seines global bewerteten Kurerfolgs beziehen. Außerdem laden zwei Items am höchsten, anhand derer vom jeweiligen Gruppenarzt auch eine prognostische Einschätzung zum Gesundheitsverhalten und zur Veränderung der Beschwerden der einzelnen Patienten im Halbjahr nach dem Heilverfahren abgegeben wird. Insgesamt werden mit den 8 Items also

Ausmaß und Richtung des Kurerfolgs und eine Prognose hinsichtlich des Gesundheitsverhaltens einzelner Patienten aus der Sicht des behandelnden Gruppenarztes erfasst. Da die Ladungen durchweg positive Vorzeichen haben, ist damit in erster Linie das Ausmaß eines positiven Kurerfolgs und einer positiven Prognose gemeint.

Der zweite Faktor erweist sich recht eindeutig als Gruppenbetreuerinnenfaktor. Höchstladungen finden sich für alle 5 Items, die mit Ausnahme des auf die seelische Belastetheit und die Simulationstendenz bezogenen Items positiv sind und eine psychische "Unauffälligkeit" sowie in der körperlichen Leistungsfähigkeit des einzelnen Patienten sowie sein subjektives Mühen um einen positiven Kurerfolg und eine globale Einschätzung seines Kurerfolgs betreffen.

Eine Sonderstellung nehmen offenbar die beiden Items des Arztratings ein, anhand derer das Ausmaß von Klagsamkeit sowie psychosomatischer Störung der einzelnen Patienten eingeschätzt werden soll. Nur sie zeigen Höchstladungen auf dem dritten Faktor. Einen Faktor nur durch zwei Items zu definieren, geht sicher zu Lasten von Reliabilität und Validität. Andererseits erscheinen die beiden Items in inhaltlicher Hinsicht, wenngleich auf verschiedenen Abstraktionsebenen, von Bedeutung für die unter den untersuchten LVA-Patienten häufigen psychovegetativen Störungen (vgl. JORES 1973), so daß sie zusammengefasst beibehalten werden.

Die Eigenwerte von 5.30, 2.59 und 1.44 sowie die Varianzanteile von 35.3, 17.3 und 9.6% liegen im durchaus annehmbaren Bereich.

Die drei Faktoren werden folgendermaßen bezeichnet:

Faktor 1: Positiver Kurerfolg mit eher günstiger Prognose aus der Sicht des Gruppenarztes (Arztrating 1);
Faktor 2: Psychische geringe Auffälligkeit und positiver Kurerfolg aus der Sicht der Gruppenbetreuerin (Betreuerinrating);
Faktor 3: Psychosomatisch-psychovegetative Gestörtheit aus der Sicht des Gruppenarztes (Arztrating 2).

13.3 Ergebnisse aus den itemanalytischen Auswertungen zu verschiedenen Fragebogen

13.3.1 Ergebnisse aus der itemanalytischen Auswertung zum Psychologischen Interview

13.3.1.1 Vorbemerkung

Bekanntlich sind die Stichprobengrößen für die drei faktorenanalytisch gewonnenen Dimensionen unterschiedlich. Für die ersten beiden Dimensionen bzw. - im Hinblick auf die Itemanalysen - Skalen ergibt sich jeweils ein N=157, für die dritte ein N=65 (entsprechend der skalenspezifisch unterschiedlichen Besetzungshäufigkeiten). Die erste Skala bzw. der "Interview-Faktor der psychosozialen Belastung und psychovegetativen Gestörtheit bei eher körperbezogenen und externalen Verarbeitungsformen" enthält 28 der 30 dort höchstladenden Items (außer den beiden life-event-Kennwerten zum "sonstigen" Lebensbereich mit sehr schiefer Verteilung); die zweite Skala bzw. der "Interview-Faktor der allgemeineren belastungs- und störungsrelevanten Aspekte der eigenen Kindheitserinnerungen bei eher distanzierten Stellungnahmen", enthält 10 der dortigen 13 höchstladenden Items (ohne z.B. die FE üb. 14 J. mit extremer Schiefe),die dritte Skala bzw. der "Interview-Faktor gefühlsmäßiger, unmittelbar mit den frühen Bezugspersonen verbundenen Kindheitserinnerungen", enthält die dortigen 4 höchstladenden Items (vgl. Tab. 15).

13.3.1.2 Ergebnisse aus der Itemanalyse

Die erste Skala erreicht eine innere Konsistenzschätzung von .73 (bzw. standardisiert .75). Die meisten Items erreichen Trennschärfekoeffizienten von $>$.30, das spezielle Rating zur Einschätzung der psychosozialen Belastung hat

einen r_{it}-Wert von .59. Die weniger befriedigenden Trennschärfewerte (unter .30) betreffen die Einschätzung der Patienten bezüglich ihrer Kindheit als streng bzw. nicht streng und in bezug auf ihren Ehrgeiz.

Im Hinblick auf die Items "streng" bezüglich der Kindheit und "Ehrgeiz" bezüglich der Selbsteinschätzung erscheinen diese Ergebnisse, wenn die faktorenanalytischen Befunde berücksichtigt werden, nicht erstaunlich.

Die zweite Skala erreicht immer noch einen befriedigenden CRONBACH-Alpha-Wert von .49 (bzw. .50). Was die Trennschärfewerte der einzelnen Kennwerte angeht, so sind sie für die Kategorien "Mutter" und "Agression" weniger befriedigend, d.h. unter .30 liegend.

Was die dritte Skala betrifft, so erreicht sie, obgleich sie nur aus 4 Items besteht, eine innere Konsistenz von .43 (bzw. .46). Während die ersten drei Items r_{it}-Werte von $\geq$ .40 erreichen, ist dieser lediglich für das FE-Item zum Konflikt der Bezugspersonen untereinander deutlich erniedrigt.

13.3.2 Ergebnisse aus der itemanalytischen Auswertung zu den Fragebogen Einstellung zur Kur EzK und Beurteilung der Kur BdK

Zunächst ist festzustellen, daß die itemanalytischen Kennwerte für beide Fragebogen befriedigend erscheinen (vgl. Tab. 16). Sie liegen für den BdK- höher als für den EzK-Fragebogen, wobei jeweils die Kennwerte der identischen Patienten verwendet werden (N=163). Von den 12 Items der Skala EzK1 "Erwartung der Wiederherstellung eines befriedigenden Gesundheitszustandes bei überwiegend somatischer und passiver Orientierung" erreichen 10 Trennschärfewerte von $\geq$ .30, während die Werte für die zwei Items

(unter den Gründen für die Kurbeantragung) "Weil mir mein Arzt eine Kur empfohlen hat" (r_{it} .19) und (unter den besonders erwarteten Maßnahmen) "Die Verordnung von Medikamenten" (r_{it} .15) abfallen. Die CRONBACH-Alpha-Werte betragen für EzK1 .68 (bzw. .71).

Die Trennschärfekoeffizienten für EzK2 "Erwartung der Entlastung von alltäglichen Anforderungen und Wunsch nach Aussprache und Beratung bezüglich psychosozialer (arbeitsplatzbezogener und familiärer) Probleme und nach neuen zwischenmenschlichen Begegnungen" liegen etwas höher als die für EzK1. Die meisten der 10 Items haben einen r_{it} von um .40, außer dem erwartungsbezogenen Item "Neue Begegnungen mit anderen Menschen" (als einem der Kennwerte zur Nutzeneinschätzung). Die Schätzung der inneren Konsistenz (CRONBACH-Alpha) beträgt .73.

Wiederum etwas niedriger erscheinen die Werte für EzK3 "Erwartung 'natürlicher', erholungsfördernder Heilmaßnahmen bei zuversichtlicher Einschätzung des Kurerfolgs". Der r_{it}-Wert beträgt für 7 der 11 Items $>$ .30 und liegt für die folgenden Items etwas darunter: "Um mit jemandem über meine Probleme sprechen zu können" (.23), "Aussprache und Beratung bezüglich meiner Probleme an meinem Arbeitsplatz (.26), "Aussprache und Beratung bezüglich meiner Probleme in meiner Familie" (.23), "Glauben Sie, daß die Kurdauer von 4 Wochen ausreicht, um die von Ihnen gewünschte Besserung zu erreichen" (.08). Die CRONBACH-Schätzungen liegen bei .65 (bzw. .67).

Was die erste der BdK-Variablen anbetrifft, den "Faktor des globalen subjektiven Kurerfolgs bei überwiegend positiver Bewertung des eigenen Gesundheitszustandes und eher zuversichtlicher Zukunftserwartung", so erreichen die gesamte Skala mit einem CRONBACH-Alpha von .88, wie auch die einzelnen Items mit einem r_{it} von meistens $\geq$ .40 (außer bei dem Item: "Sind Sie der Meinung, daß viele Leute in Kur waren, die es garnicht nötig gehabt hätten?", mit .22) sehr gute Werte. Die höchste Trennschärfe mit .84

erreicht das Item "Fühlen Sie sich am Ende Ihrer Kur körperlich leistungsfähiger als vor der Kur?".

BdK2, die Variable, die die "Zufriedenheit mit der medizinischen Untersuchung und Behandlung während des Heilverfahrens" repräsentiert, schneidet als Gesamtskala und in den einzelnen Items ebenfalls gut ab. Die Schätzung der inneren Konsistenz beträgt .86, alle Items haben r_{it}'s von $>$.40. Maximale Trennschärfen mit jeweils einem r_{it} von .77 erreichen die Items "Die gründliche Untersuchung Ihres Körpers" und "Die ärztliche Untersuchung und Behandlung".

Ähnlich liegen die Verhältnisse für BdK3 "Zufriedenheit mit erholungs- und kommunikationsfördernden Bedingungen und Maßnahmen des Kuraufenthaltes": CRONBACH-Alpha = .83, r_{it} der 9 Items meistens $\geq$.50.

Vergleichbar mit der korrespondierenden EzK2-Variable weist auch die BdK4-Variable "Positive Bewertung psychologischer Kurmaßnahmen" weniger optimale, wenngleich noch ausreichende Resultate auf. Die innere Konsistenz wird auf .70 (bzw. .69) geschätzt und 5 der 6 Items haben r_{it}-Werte von $>$.30, außer dem Item "Machen Sie sich Sorgen um die Zukunft?" (.13).

13.3.3 Ergebnisse aus der itemanalytischen Auswertung zu dem Fragebogen Freiburger Beschwerdenliste FBL

Die itemanalytischen Kennwerte zu der aus der FBL verwendeten Allgemeinbefindensskala sind weitgehend eindeutig und befriedigend (N=162). Die Konsistenzschätzung liegt bei .79, die Trennschärfekoeffizienten erreichen Werte um .50. Ausnahme ist der r_{it}-Wert von Item 7 "Haben Sie Appetitmangel?" in Höhe von .18 (vgl. Tab. 17).

13.3.4 Ergebnisse aus der itemanalytischen Auswertung zu dem Fragebogen zur Erfassung subjektiver Krankheitskonzepte und Behandlungsvorstellungen KKB

Im Gegensatz zu den itemanalytischen Kennwerten von EzK und BdK sind diejenigen des Fragebogens KKB (N=168) je nach Skala unterschiedlich (vgl. Tab. 18). So finden sich für KKB1, dem Krankheitskonzept "Seelische, psychosoziale Probleme und Psychotherapie" durchaus befriedigende CRONBACH-Alpha-Werte von .84 (bzw. .85). Die korrigierten Trennschärfekoeffizienten der 8 Items liegen durchweg über .40.

Etwas niedriger fallen die Kennwerte von KKB2 "Stress und Schonung" aus. Die Konsistenzschätzung zu dieser 4 Items umfassenden Skala beträgt .54 (bzw. .55). Alle Items außer "Allgemeine Hetze des heutigen Lebens" haben Trennschärfekoeffizienten von > .30, während der entsprechende Wert hierbei auf .11 absinkt. Die Ergebnisse für die KKB3-Skala "Körperleiden und Organmedizin" sind noch unbefriedigender: CRONBACH-Alpha .31, Trennschärfewerte von knapp .30. Als besonders wenig geeignet erweisen sich dabei z.B. die Items "... Ihnen bescheinigt, daß Sie arbeitsunfähig sind" und "... den Chefarzt zu Ihrer Behandlung hinzuzieht", das von den meisten Patienten als "gar nicht" angekreuzt wurde (darauf weisen auch der Mittelwert von 1.13 und die Standardabweichung von .47 hin, die sonst um .90 liegt).

Etwas besser werden die Werte wieder für KKB4 "Belastende und unbefriedigende Arbeitssituation und Hilfe zur vermehrten Zufriedenheit". Obwohl diese Skala nur 3 Items umfasst, kommt sie auf eine Konsistenzschätzung von .55 und auf Trennschärfen von > .30, in einem Fall allerdings auf .27.

13.3.5 Ergebnisse aus der itemanalytischen Auswertung zu dem Fragebogen Hypochondrie und Gesundheitsverhalten HG

Auch die itemanalytischen Kennwerte dieses Fragebogens (N= 172 (Tab. 19) sind je nach Skala (mit je 3 Items) unterschiedlich. Die höchsten Trennschärfewerte - um .60 - und die höchste Konsistenzschätzung erreicht HG1 "Mißtrauen gegenüber Ärzten und Therapien" mit .77. Die gleichnamigen Werte dagegen von HG2 "Risikovermeidung bezüglich körperlicher Gefährdung" liegen darunter: r_{it} zwischen .17 und .35, CRONBACH-Alpha .40 (bzw. .39). Vielleicht legen die Items dieser Skala, z.B. "Ich vermeide es, ungewaschenes Obst zu essen" zu sehr sozial erwünschte Antworten nahe. Die Kennwerte von HG3 "Beachtung von Krankheitsanzeichen" hingegen sind wieder eher ausreichend. Kein Trennschärfekoeffizient kommt unter .30 und der Konsistenzwert erreicht .57. Wiederum "schwächer" sind die Ergebnisse für HG4 "Mißtrauen gegenüber dem eigenen Körper": r_{it} jeweils $>$ .30, außer "Plötzlicher Klimawechsel würde meiner Gesundheit schaden" mit .16; CRONBACH-Alpha .44 (bzw. .45).

13.3.6 Ergebnisse aus der itemanalytischen Auswertung zu den Adjektiv-Skalen zur Einschätzung der Stimmung SES

Die Werte sind sich für die einzelnen Items und Skalen (mit jeweils 3 Items) recht ähnlich und im mittleren Bereich liegend (vgl. Tab. 20). Sie werden daher hier in einer Übersicht genannt: SES1 "Gehobene Stimmung: r_{it} um .30, außer "heiter" mit .26, CRONBACH-Alpha .45 (bzw. .54); SES 2 "Mißstimmung": $r_{it} > .30$, außer "gereizt" mit .26, CRONBACH-Alpha .51 (bzw. .53); SES3 "Aktiviertheit": $r_{it} \geqslant .40$, CRONBACH-Alpha .55 (bzw. .64); SES4 "Gedrückte Stimmung": $r_{it} \geqslant .40$, außer "ratlos" mit .19, CRONBACH-Alpha .52 (bzw. .54); SES 5 "Trägheit": $r_{it} > .30$, CRONBACH-Alpha .53 (bzw. 62); SES6 "Müdigkeit": $r_{it} > .30$, außer "erholungsbedürftig" mit .21; CRONBACH-Alpha .46 (bzw. .49); SES 7 "Ausgeglichene Stimmung": $r_{it} > .30$, CRONBACH-Alpha .54 (bzw. 56) (N=174).

13.3.7 Ergebnisse aus der itemanalytischen Auswertung zu dem Fragebogen zur Erfassung subjektiver psychosozialer Belastungen im Zusammenhang mit Ehe, Familie und Beruf BFB

Die itemanalytischen Kennwerte für die Items und Skalen dieses Fragebogens (N=113)fallen weitgehend ähnlich und überdies befriedigend aus (vgl. Tab. 21). So werden mit der ersten Skala BFB1 "Belastung im Zusammenhang mit der ehelichen Interaktion" Konsistenzschätzungen von .75 (bzw. .78) erreicht. Alle Trennschärfekoeffizienten der 6 Items liegen um oder über .50, außer dem Item "Mein Ehepartner hört mir nicht richtig zu, wenn ich Probleme habe". Es ist anzunehmen, daß die Beantwortung dieser Variable anhand des bekannten vierstufigen Beantwortungsmodus manche Patienten überfordert hat, zumal im Falle einer weitgehenden Ablehnung dieser Aussage, z.B. anhand der Verankerung "gar nicht", ja eine doppelte Verneinung notwendig wurde (r_{it} .18). Die höchste Trennschärfe erreicht das Item "Die Ehe bringt mehr seelische Belastung mit sich, als ich vorher gedacht habe" (r_{it} .66).

Auch die zweite BFB-Skala, die sich auf die "Beanspruchung und Überforderung durch die tägliche Arbeit" bezieht, gelangt zu befriedigenden Werten. Das CRONBACH-Alpha beträgt .71 (bzw. .72). Unter den relativ hohen Trennschärfewerten von meistens $\geqslant$ .50 - der höchste mit .64 wird von "Abends nach der Arbeit bin ich erschöpft" erreicht - findet sich auch wieder eine "schwache" Ausnahme. Es handelt sich um das Item "Ich wäre in meinem Beruf gern weitergekommen" mit r_{it} .11.

Auch für die 5 Items umfassende berufsbezogene Unzufriedenheitsvariable BFB3 "Unzufriedenheit mit der Art der beruflichen Arbeit, dem Verhältnis zu Kollegen und der Bezahlung" finden sich mit einer Konsistenzschätzung von .74 (bzw. .72) und r_{it}-Werten um .50 befriedigende Werte. Den höchsten Trennschärfewert von .62 erreicht das Item "Wenn ich könnte, würde ich gern den Beruf wechseln"; auch ein eher "schwaches" Item findet sich, und zwar "Ich langweile mich oft bei der Arbeit" mit r_{it} .22. Sehr gute Werte zeigt

schließlich die Variable BFB4 "Belastung im Zusammenhang mit den eigenen Kindern". Die Trennschärfekoeffizienten der 3 Items liegen um .60, die Konsistenzschätzung bei .80 (bzw. .81).

13.3.8 Ergebnisse aus der itemanalytischen Auswertung zum Fragebogen Einschätzung der Patienten durch den Gruppenarzt und die Gruppenbetreuerin (Arzt-und Betreuerin-Rating)

Es stellt sich als eindeutig heraus, daß von den drei Variablen der Einschätzung der Kurpatienten durch den Gruppenarzt und durch die Gruppenbetreuerin die erste, die sich auf den "Positiven Kurerfolg und die eher günstige Prognose aus der Sicht des Gruppenarztes" bezieht, die besten itemanalytischen Ergebnisse zeigt (vgl. Tab. 22). Die einzelnen 10 Items dieser Einschätzungsskala erscheinen in hohem Ausmaß trennscharf, d.h. alle r_{it}-Werte liegen um und über .80, außer dem Item zur Beurteilung des bisherigen (vor der Kur liegenden) Gesundheitsverhaltens, das aber immerhin noch einen Trennschärfekoeffizienten von .50 aufweist. Die Schätzung der inneren Konsistenz der gesamten Skala beträgt .94. Auch die zweite Variable der Einschätzung durch den Gruppenarzt, die die "psychosomatisch-psychovegetative Gestörtheit aus der Sicht des Gruppenarztes" betrifft, erweist sich noch, zumal sie nur zwei Items umfasst, als itemanalytisch befriedigend. Der CRONBACH-Alpha-Wert liegt bei .67 und die r_{it} für die beiden Items erreichen die Höhe von .52.

Als itemanalytisch eher unbefriedigend erweist sich die Variable zur Einschätzung des globalen Kurerfolgs und der psychischen verminderten Auffälligkeit aus der Sicht der Gruppenbetreuerin. Die CRONBACH-Alpha-Werte betragen nur .36 (bzw. .34). Die Trennschärfe ist je nach einzelnen Items verschieden. Sie beträgt für die ersten beiden Kennwerte zur Einschätzung der Veränderung in der körperlichen Leistungsfähigkeit des Patienten sowie zu dessen "Mühen um einen positiven Kurerfolg" $>$ .50, fällt aber für die beiden letzten Items "Haben Sie den Eindruck, daß sich der

Patient kränker gibt als er ist?" und "Wie beurteilen Sie alles in allem am Ende der Heilmaßnahmen den Kurerfolg?" auf .23 und .27 ab. Schließlich findet sich für das dritte Item "Wirkt der Patient auf Sie seelisch belastet" ein geradezu trennunscharfer Wert von .03.

13.4 Diskussion

Wenn wir die eben referierten faktoren- und itemanalytischen Ergebnisse insgesamt daraufhin überblicken, wie eindeutig und differenziert hier das Datenmaterial in den einzelnen methodischen Verfahren - soweit wir dies untersucht haben - strukturiert ist, dann fällt das Urteil überwiegend positiv aus. Insbesondere gilt dies auch für die Methoden, die wir weitgehend neu entwickelt haben. Die positive Bewertung erscheint besonders auch insofern gerechtfertigt, als wir überwiegend auf Missing-data-Korrekturen verzichtet und etwas kleinere Stichprobenumfänge in Kauf genommen haben.

Betrachten wir die einzelnen Methodenbereiche jeweils insgesamt, so fallen die Ergebnisse des Fragebogens BdK besonders positiv, noch vor denen des Fragebogens EzK und des Interviews, die aber auch noch befriedigend erscheinen, aus. Allerdings bleiben z.B. im Hinblick auf das Interview noch erhebliche Probleme offen, wenn wir an die, wie wir es wünschen, damit leichter erreichbaren Ziele, wie etwa das der Indikationshilfe u.a., denken. Eines der Probleme besteht darin, daß die life-event-Kennwerte in ihrem doch sehr weiten und vermutlich unterschiedlichen Skalierungsspektrum,nämlich zwischen "nicht vorgekommen" und "sehr belastend", äquidistant verrechnet werden (0-5). Erst differenziertere Analysen, z.B. regressionsanalytischer Art, können die genauere Gewichtung dieser Abstände bestimmen helfen. Wir greifen dieses Problem allerdings bereits im Zuge unserer interindividuellen Unterschiedsanalysen auf, indem wir sowohl unter Einbeziehung der Nullwerte

als auch unter Einbeziehung der nur auf die vorgekommenen (d.h. angegebenen) Ereignisse bezogenen Werte Differenzen ermitteln. Ein anderes Problem hat mit der "Bereinigung" der Kennwerte zu tun. D.h. es geht um die Frage, inwieweit wir "wenig geeignete" (faktorenanalytisch komplex ladende sowie itemanalytisch wenig trennscharfe) Kennwerte ausscheiden und nicht mehr in die weiteren statistischen Analysen einbeziehen. In begrenztem Ausmaß haben wir dieses Problem beim Psychologischen Interview insofern in Angriff genommen, als wir weniger geeignete (z.B. zu schief verteilte) Items schon nicht in die Faktorenanalyse einbezogen haben. Wir haben diese faktorenanalytisch untersuchten Kennwerte angesichts des noch in den Anfängen stehenden Standes des Interviews dann noch vollständig in die Itemanalyse einbezogen, um hierbei weitere testtheoretisch bedeutende Aufschlüsse zu erhalten. Aus diesen Ergebnissen folgern wir, zumindest bestimmte Items bei eventuellen Summenwertbildungen nicht weiter zu berücksichtigen, so etwa die bekannten Items zur erfragten Strenge der Kindheit und zu der Ehrgeizeinschätzung. Es wären unter dem Gesichtspunkt der Trennschärfe noch weitere Interviewitems auszuschließen, so z.B. die Kennwerte zu den life events in der Familie. Sie sind aber inhaltlich, da sie mit belastungsrelevanten Ereignissen zu tun haben, von Interesse, so daß wir sie einstweilen noch in die - wie erwähnt, bei umfassenderen strukturanalytischen Erkundigungen - noch folgenden Summenwertbildungen einbeziehen. Nichtsdestoweniger stellt sich das Problem von weiteren Kreuzvalidierungsschritten, die wir in der vorliegenden Studie noch nicht leisten.

Das Problem der "bereinigten Kennwerte" ist zugleich ein allgemeineres Problem, das vor allem die, weiterhin in Summen- bzw. Skalenwert-Form zu behandelnden psychologischen Fragebogenvariablen betrifft und auf das wir hinsichtlich der Art und Weise, wie wir es allgemein berücksichtigt haben, noch eingehen sollten. Da wir im Rahmen der vorliegenden Studie angesichts der vielfach erst explorativen Erkundungen noch nicht weitergehende Testentwick-

lungsschritte,wie z.B. die angesprochenen Kreuzvalidierungsprozeduren, vornehmen, halten wir das oben bereits dargelegte Vorgehen für angemessen. Es besteht darin, daß wir im Falle der weiter- bzw. neuentwickelten psychologischen Fragebogen aufgrund der faktorenanalytischen Annäherung an Einfachstrukturen entschieden, welche Items weiter einbezogen und welche von vornherein ausgeschlossen werden. Diese sozusagen nach einem ersten Durchlauf beibehaltenen Items haben wir in die Itemanalysen einbezogen und sie haben sich hierbei - wie wir gesehen haben - als weitgehend befriedigend im Sinne von Konsistenzschätzungen und Trennschärfen herausgestellt.So behalten wir sie aus den genannten Gründen als Teil der Summenwerte einstweilen bei.

Bemerkenswert erscheint in diesem Zusammenhang, daß die Resultate der von uns entwickelten Verfahren eher befriedigender ausfallen, als die der von anderen Autoren übernommenen Verfahren. Dies trifft etwa für EzK und BdK, für den ersten Interviewfaktor sowie für die beiden Arztratings im Vergleich zu den "übernommenen" Verfahren SES, KKB (für "Körperleiden und Organmedizin", nicht hingegen für das psychosozial-psychotherapeutische Krankheitskonzept KKB1 und das arbeitsbezogene Krankheitskonzept KKB4, die gute Werte aufweisen) zu. Indessen ist, was die auf der Seite der von uns entwickelten Verfahren auch vorhandenen "schwachen" Skalen betrifft, zu erwägen: es ist z.B. denkbar, daß die Items für das Betreuerin-Rating entweder für diese Personalangehörigen nicht relevant waren, daß auf diesen Kennwerten tatsächlich kaum bedeutende Differenzen bei den Patienten vorkamen oder daß die Betreuerinnen selbst weniger differenziert und etwas stereotyp einstuften. Was die auf der Seite der übernommenen Verfahren vorkommenden "weniger guten" Skalen betrifft, so ist es durchaus denkbar, daß, etwa anhand der hypochondrierelevanten Dimensionen des HG, bei psychosomatisch-psychovegetativ beeinträchtigten Patienten, die vielfach zu einer besorgt-hypochondrischen Einstellung neigen, gar nicht mehr Differenzierung erwartet

werden kann. Im Stimmungsbereich (SES) wiederum können soziale Erwünschtheitseinflüsse (etwa in dem Vorbehalt, sich als "träge" u.dgl. darzustellen) eine differenzierungsmindernde Rolle gespielt haben; vielleicht war auch - wie aus den Reaktionen mancher Patienten bei der Testdurchführung bzw. -abgabe zu entnehmen war - der vierfache Differenzierungsgrad zu den einzelnen Stimmungs- und Befindensitems für die Befragten eine Überforderung. Auch in diesem Zusammenhang wären weitere spätere Klärungen angebracht. Es ist auch möglich, daß in dem Falle, daß wir auch z.B. die SES ebenfalls faktorenanalytisch "vorbereinigt" hätten, die Resultate besser geworden wären. Einstweilen wollen wir aber, in Anwendung einer gleichsam begrenzten Kennwertebereinigungsstrategie, den Beschreibungs- und möglicherweise Erklärungsnutzen der einzelnen Skalen noch weiter abtasten. Erfreulich, das sei hier noch hervorgehoben, erscheint das Ergebnis aus der itemanalytischen Erkundung zu den BFB-Skalen und zur FBL.

13.5 Zusammenfassung

Da die vorliegende Arbeit u.a. darauf abzielt, zur Neu- und Weiterentwicklung methodischer Verfahren im rehabilitations- bzw. kurpsychologischen Bereich beizutragen, und da die einzelnen Kennwerte, vor allem aus den psychologischen Fragebogen im Verlauf der weiteren statistischen Analysen dieser Arbeit in der eher übersichtlichen Skalenform weiter verrechnet werden sollten, werden faktoren- und itemanalytische Auswertungen vorgenommen. Im einzelnen wurden hierbei Faktorenanalysen für die Fragebogen Einstellung zur Kur EzK, Beurteilung der Kur BdK sowie die (jeweils zum Kuranfang vorliegenden) Fragebogen zur Erfassung der subjektiven Krankheitskonzepte und Behandlungsvorstellungen KKB und zur Erfassung der subjektiven psychosozialen Belastungen im Zusammenhang mit Ehe, Familie und Beruf BFB, auf der Basis der sowohl von den LVA-Kurpatienten als auch den in der parallelen Studie von WELSCH

(WELSCH 1980) untersuchten BfA-Kurpatienten vorliegenden Daten gerechnet. Weiterhin wurden faktorenanalytische Auswertungen für die Kennwerte des Anamnestischen und Katamnestischen Erhebungsbogens sowie des Psychologischen Interviews, des (zum Kuranfang vorliegenden) Fragebogens Hypochondrie und Gesundheitsverhalten HG und des Fragebogens zur Einschätzung der Patienten durch den Gruppenarzt und die Gruppenbetreuerin, soweit sie von den LVA-Kurpatienten vorlagen, gerechnet. Die Faktorenanalysen erbrachten unter Anwendung der zur Faktorenextraktion bekannten Kriterien sinnvolle Dimensionen.

Auch itemanalytische Auswertungen, und zwar jeweils auf der Basis der LVA-Kurpatientendaten, wurden für die methodischen Verfahren EzK, **KKB, HG, FBL, SES, BFB, Psychologisches Interview anhand der T1-Daten und für BdK und Arzt-u.Betr.-Rating anhand der T2-Daten vorgenommen.**

Die Ergebnisse aus den Faktorenanalysen wurden, vor allem insoweit sich itemanalytische Auswertungen anschlossen und die Variablen anhand von Summenwertbildungen weiterbehandelt werden, so genutzt, daß die pro Faktor jeweils höchstladenden Items (in ihren LIKERT-skalierten Meßwerten) addiert wurden, wobei, ggfs. um gleichsinnige Ausprägungen zu erhalten, Umpolungen vorgenommen wurden. Bipolare Ladungen wurden durch dementsprechende zweifache Einbeziehung berücksichtigt. Komplex ladende Items, die also auf mehreren Faktoren nur geringe oder mittelhohe Ladungen aufweisen, eliminierten wir. Auf dieser Basis wurden sodann noch itemanalytische Auswertungen vorgenommen. Weitgehend auf dieser dementsprechend itembereinigten Grundlage erfolgten sodann Summenwertbildungen zu EzK, BdK, HG, KKB, HG, BFB und Arzt- und Betreuerin-Rating, während zu den ebenfalls anhand von Summenwerten zu verrechnenden Kennwerten aus FPI, BPI und FBL sowie SES, auch HG, von vornherein nach den von den jeweiligen Testautoren mitgeteilten Skalenkombinationen verfahren wurde. Für Anamnese- und Katamnesebogen sowie für das Psychologische Interview sind Summenwertbildungen nur zu bestimmten Zwecken geplant, während hier eher an-

hand der einzelnen Variablen, die als solche von Interesse sind, weitere Auswertungen erfolgen. Die Itemanalysen zeigen insgesamt durchaus befriedigende Kennwerte zu innerer Konsistenz und Trennschärfe. Dies gilt besonders auch für die neuentwickelten Verfahren EzK, BdK, Interview (besonders zum ersten Faktor), und für die beiden Arztratings aus dem Fragebogen zur Einschätzung der Patienten durch Gruppenarzt und Gruppenbetreuerin. Es gilt ebenfalls für die weiterentwickelten bzw. einfach in selektiver bzw. leicht modifizierter Form verwendeten VerfahrenBFB und für das psychosoziale-psychotherapeutische und arbeitsbezogene Krankheitskonzept aus dem KKB, nicht zuletzt für die verwendete Allgemeinbefindensskala der FBL.

Die Befunde werden in einer anschließenden Diskussion miteinander verglichen und in den möglichen Gründen für unterschiedliche Resultate erörtert. Außerdem werden aus den Resultaten Folgerungen für die im Rahmen der vorliegenden Studie erfolgende Behandlung der Variablen und die im Zuge von weiteren Studien, etwa zur Kreuzvalidierung u.ä. notwendigen Klärungen gezogen.

14 Ergebnisse zu Frage 2: Lassen sich geschlechts- und altersabhängige Merkmalsausprägungen in den verschiedenen Variablen im interindividuellen Vergleich feststellen?

14.1 Vorbemerkungen

Um die geschlechts- und altersspezifischen Unterschiede in den verschiedenen Variablenbereichen zu ermitteln, wurde die LVA-Patientenstichprobe einmal nach dem männlichen und weiblichen Geschlecht (N=131 und N=49) und zum anderen nach der Zugehörigkeit zur Gruppe der 30-40-Jährigen und 41-50-Jährigen (N=103 und N=77) eingeteilt, wobei, wie an zentraler Stelle (12) erwähnt, die Zuordnung mit Hilfe von Dummyvariablen getroffen wurde. Zur Analyse der interindividuellen Differenzen kamen je nach Skalenniveau und Verteilungsform (in bezug auf die Normalverteilung) der Variablen unterschiedliche Prüfverfahren zur Anwendung. Dabei war zu beachten, daß Alter und Geschlecht selbst nicht ganz unabhängig voneinander sind. Die männlichen Patienten sind etwas älter als die weiblichen (Chi^2 p - bei Dummycodierung nach Altersgruppe - .062, vgl. Tab. 23; varianzanalytischer Haupteffekt des Geschlechts in den Lebensjahren $<$ .05, vgl. Tab. 25; r .-15, p $<$ .05, vgl. Tab. 32). Im Hinblick auf die in dichotom bzw. qualitativ gestuften sowie erheblich von der Normalverteilung abweichenden Variablenausprägungen wurden sodann (auch) einfache und voraussetzungsarme Verfahren, insbesondere der Chi-Quadrat-Test (Programm CROSSTABS) gerechnet. Hierzu wurde die Gesamtpatientenstichprobe nach Männern und Frauen und bei der Unterscheidung nach **dem Alter** wurde - wegen der genannten Beziehung zwischen Alter und Geschlecht - sowohl die Gesamtpatientenstichprobe (Abkürzung GG) als auch die Männer- sowie Frauengruppe (Abkürzung MG und FG) nach Jüngeren und Älteren aufgeteilt. Eine ähnliche Differenzierung, zusätzlich auch nach Männern und Frauen in jeder der beiden Altersgruppen, wurde auch bei den, zu den metrischen Variablen durchgeführten, t-Tests für unabhängige Stichproben vorgenommen. Um die Effekte der jeweiligen und der interindividuellen Unter-

schiedsanalysen zugrundegelegten Einteilungsfaktoren, wie eben Geschlecht und Alter (sowie weiterer, für die noch folgenden interindividuellen Auswertungen geltender Faktoren), möglichst unter Konstanthaltung jeweils anderer Faktoren zu klären, wurden die in metrischer und überwiegend normalverteilter Form (vgl. Tab. 1) vorliegenden Variablen in mehrfaktorielle varianzanalytische Auswertungen mit den entsprechenden Optionen (PROGRAMM ANOVA) einbezogen. Das hierzu gewählte Design umfasste sodann die Faktoren Geschlecht und Alter (Abkürzung hierfür G und A, für Wechselwirkungen WW, für Haupteffekte Haupteff.; bei den Dummycodierungen 1 für das männliche und 2 für das weibliche Geschlecht sowie 1 für die Altersgruppe von 30 bis 40 und 2 für die von 41 bis 50 Jahren; vgl. Tab. 25). Den folgenden Schilderungen wird dieses Design neben den bei qualitativ gestuften Variablen gerechneten Chi-Quadrat-Tests zugrundegelegt. Die Schilderungen beziehen sich auf die geschlechts- und altersspezifischen Unterschiede in den verschiedenen Variablenbereichen zu den einzelnen Terminen. Die Resultate werden variablenbereichsweise dargestellt, diskutiert, mit den eventuell formulierten Hypothesen verglichen und zusammengefaßt.

14.2 Fragebogen Einstellung zur Kur EzK, Beurteilung der Kur BdK und katamnestische Beurteilung der Kur

14.2.1 Ergebnisse

In den drei Dimensionen, die mit Hilfe des Fragebogens EzK erfasst werden, treten keine statistisch zu sichernde altersspezifische und nur ein entsprechender geschlechtsspezifischer Unterschied auf: Die weiblichen Patienten erreichen höhere Werte (Haupteff. $p < .05$) in dem 1. Faktor "Erwartung der Wiederherstellung eines befriedigenden Gesundheitszustandes bei überwiegend passiver und somatischer Orientierung" als die männlichen. Bemerkenswert sind darüber hinaus Wechselwirkungen zwischen Geschlecht und Al-

ter auf diesem ($p < .05$) und auf dem 2. EzK-Faktor "Erwartung der Entlastung von alltäglichen Anforderungen und Wunsch nach Aussprache und Beratung bezüglich psychosozialer Probleme und nach neuen zwischenmenschlichen Begegnungen" ($p < .01$). Sie hängen im ersten Fall mit den geringfügig höheren Merkmalsausprägungen der älteren (über 40jährigen) und noch höheren der weiblichen Patienten sowie im zweiten Fall mit den höheren Werten der Frauen bei nahezu gleichen Ausprägungen der beiden Altersgruppen zusammen. Keine bedeutsamen Unterschiede finden sich im 3. Faktor "Erwartung 'natürlicher' erholungsfördernder Heilmaßnahmen bei zuversichtlicher Einschätzung des Kurerfolges". Weitgehend komplementäre Verhältnisse im Vergleich zur "EzK" finden sich in den Dimensionen des Fragebogens BdK. Die Patientinnen erreichen signifikant niedrigere Ausprägungen in dem 1.BdK-Faktor "Globaler subjektiver Kurerfolg bei überwiegend positiver Bewertung des eigenen Gesundheitszustandes und einer zuversichtlichen Zukunftserwartung" als die Männer (Haupteff. $p < .05$), ein Unterschied, der statistisch zwar nicht zu sichern, aber tendenziell auch in den anderen BdK-Faktoren auftritt. Auch zwischen den Altersgruppen finden sich Unterschiede. Die Patienten zwischen 41 und 50 Jahren geben im 1. Faktor weniger günstige Werte an als die zwischen 30 und 40 Jahren (Haupteff. $p < .05$). Auf dem 3. Faktor "Zufriedenheit mit erholungs- und kommunikationsfördernden Bedingungen und Maßnahmen des Kuraufenthaltes" finden sich Wechselwirkungen ($p < .05$; im Zusammenhang mit geringeren Werten der Frauen und kaum unterschiedenen Werten der beiden Altersgruppen).

Da die drei speziellen Items zur ausdrücklichen subjektiven Beurteilung der Kur im katamnestischen Erhebungsbogen bedeutsam miteinander korrelieren (r 1-2 .83, 1-3 .73, 2-3 .39)+ die Werte daraus summiert. Die entsprechenden Summenwerte der einzelnen Patienten repräsentieren sodann eine globale Einschätzung von Ausmaß und Dauer des mehr individuellen Nutzens sowie des mehr allgemeineren Nutzens bzw. Erfolgs des Heilverfahrens. Auch in dieser katamnestischen subjek-

+ Tab. über Interkorrelationen der Items des Katamnestischen und Anamnestischen Erhebungsbogens sowie des Psychologischen Interviews, soweit nicht in Tab. 32 enthalten, beim Autor

tiven Beurteilung der Kur finden sich wiederum geschlechtsspezifische Unterschiede (Haupteff. $p < .01$) mit weniger positiven Angaben der Frauen als der Männer.

14.2.2 Diskussion

Was sich partiell in den wenigen Studien, die sich ausdrücklich mit der Frage geschlechtsspezifischer Unterschiede in der subjektiven Kurbeurteilung befassten (z.B. DANKO 1977), abzeichnete und was sich aufgrund von Untersuchungen zur Geschlechtsabhängigkeit von kurbedingten Änderungen in Persönlichkeits- und Beschwerdenvariablen (vgl. z.B. DANKO 1977; DINSE 1977; FERSCHING 1976; FERSCHING und KURY 1979; PINNO 1972; SIEGRIST 1971) als wahrscheinlich erweist, kann auch anhand der vorliegenden Ergebnisse bestätigt werden. Weibliche und ältere Patienten profitieren offenbar, wenn sie den subjektiven Nutzen und Gesundheitszustand angeben sollen, eher weniger von einem stationären Heilverfahren als männliche und jüngere. Allerdings gilt dies nicht oder zumindest weniger eindeutig hinsichtlich der anderen BdK-Faktoren (2. "Zufriedenheit mit der medizinischen Untersuchung und Behandlung während des Heilverfahrens", 3. s.o., 4. "Positive Bewertung psychologischer Kurmaßnahmen"). So zeichnet sich in unseren Befunden z.B. nicht ganz so eindeutig ab, wie etwa durch Ergebnisse von v.TROSCHKE (1973) oder DANKO (1977, S.176) nahegelegt wird, daß weibliche ältere Patienten mit dem zwischenmenschlichen Kontakt eher unzufrieden sind. Bemerkenswert erscheinen noch die geschlechtsspezifischen Unterschiede im Fragebogen EzK. Sie deuten an, daß Frauen gleichzeitig mit einer höheren Erwartung und passiveren Einstellung als Männer zur Kur kommen, wobei noch nicht geklärt ist, inwieweit das "Erwartete" nur das "Gewünschte" oder das als"wahrscheinlich Gehaltene" repräsentiert (vgl. Problematisierung des Erwartungsbegriffs bei HALDER 1977). Hingegen deuteten die in

einem gleichnamigen, weniger differenzierten Fragebogen "EzK" gefundenen Ergebnisse bei DANKO (1977, S. 169) und DINSE (1977, S. 124) auf kaum nennenswerte geschlechtsspezifische Unterschiede hin. Möglicherweise unterscheiden sich die Geschlechter in unserer Stichprobe durch eine eher "ansprüchliche", gleichwohl mehr hilflose und realitätsinadäquate, somit auch leichter enttäuschbare, Orientierung der weiblichen im Vergleich zu der der männlichen Patienten. Die späteren Datenanalyseschritte werden dazu noch weiteren Aufschluß erbringen.

14.2.3 Hypothesenprüfung

Die hinsichtlich der subjektiven Kurbeurteilung formulierte Hypothese "Weibliche Patienten kommen mit höheren Erwartungen zur Kur als männliche (EzK). Frauen beurteilen ihren Kurerfolg als weniger positiv als Männer (BdK)" kann angesichts der gefundenen geschlechtsspezifischen Unterschiede als weithin bestätigt angesehen werden.

14.3 Fragebogen zur Erfassung subjektiver Krankheitskonzepte und Behandlungsvorstellungen KKB

14.3.1 Ergebnisse

Geschlechtsspezifische Unterschiede in den mit Hilfe dieses Fragebogens erfassten Vorstellungen der Patienten über die Genese ihrer Beschwerden und über die Art der ihnen angemessen erscheinenden Behandlung finden sich in folgender Weise: Die weiblichen Patienten neigen in höherem Ausmaß (Haupteff. $p \leqslant .001$) als die männlichen zu der populär-naiven Vorstellung, repräsentiert durch den 2. KKB-Faktor, daß ihre Beschwerden Stress (z.B. allgemeine Hetze) zur Ursache haben und die geeignete Behandlung in Schonung besteht. Diese unterschiedliche Attribuierung lässt sich nicht nur beim 1. sondern auch 2. Erhe-

bungszeitpunkt (Haupteff. hier $p < .01$) beobachten. Beim letztgenannten Termin erreichen die Frauen außerdem höhere Ausprägungen (Haupteff. $p < .001$) in dem 1. KKB-Faktor "Seelische, psychosoziale Probleme und Psychotherapie", die bereits zum 1. Termin deutlich wurden (Haupteff. $p < .05$) und sich auch zum Katamnesetermin fortsetzen (Haupteff. $p < .01$). Ein altersspezifischer Haupteffekt lässt sich nur in KKB 3 ("Körperleiden und Organmedizin") erkennen. Ältere Patienten machen für ihre Beschwerden etwas mehr somatische Leiden verantwortlich und sehen eine angemessene Behandlung in organmedizinisch orientierten Hilfen (Kurende). Eine WW findet sich nur zum 3. Termin in KKB3 (im Zusammenhang mit höheren Werten älterer weiblicher Patienten).

14.3.2 Diskussion

Wenn zunächst auffällt, daß Frauen - zumindest in den"heilverfahrensnahen" Untersuchungszeitpunkten - mehr als Männer die Vorstellung von "Gestresstsein", "Gehetztsein" u. dgl. zur Klärung ihrer Beschwerden bemühen und in "mehr Schonung" eine Hilfe sehen, dann liegt die Verbindung dieses Unterschieds zur häufig zu beobachtenden Mehrfachbelastung von Frauen, insbesondere insoweit sie verheiratet sind, Kinder haben und berufstätig sind, nahe. Allerdings - das sei hier in einem Vorgriff schon gesagt - finden sich in den Werten zu psychosozialen Belastungsfaktoren (BFB) keine entsprechend eindeutigen Differenzen. Möglicherweise ist mit den KKB-Items ein eher körpernahes Gefühl, gehetzt und beunruhigt zu sein, angesprochen. Was die Annahme psychischer Faktoren für die individuellen Beschwerden betrifft, so sprechen die Ergebnisse im Konzept KKB1 für unsere Vermutung, daß weibliche Patienten eher eine solche Überzeugung haben, wie durch Ergebnisse bei BECKMANN (1976; BECKMANN u.a. 1977, S. 259) nahegelegt wird.

14.3.3 Hypothesenprüfung

Angesichts der vorliegenden geschlechtsspezifischen Ausprägungen in den subjektiven Krankheitskonzepten kann unsere Hypothese "Die Krankheitskonzepte von weiblichen Patienten lassen in höherem Ausmaß als diejenigen der männlichen die Annahme erkennen, die eigenen Beschwerden seien (auch) durch psychische Faktoren beeinflußt und die angemessene Behandlung bestehe in psychotherapeutischen Hilfen" als bestätigt gelten.

14.4 Fragebogen Hypochondrie und Gesundheitsverhalten HG

14.4.1 Ergebnisse

Insgesamt gesehen fällt auf, daß sich die Geschlechts- und Altersgruppen in den Merkmalsausprägungen auf den vier Dimensionen dieses Fragebogens folgendermaßen unterscheiden. Männliche Patienten weisen niedrigere Werte auf der 2. Dimension "Strikte Risikovermeidung bezüglich körperlicher Gefährdung" auf (Haupteff. $p < .05$), und zwar zum Kuranfang und Kurende. Außerdem erreichen sie bei allen drei Erhebungszeitpunkten niedrigere Ausprägung auf dem 4. Faktor "Mißtrauen gegenüber dem eigenen Körper" als die weiblichen Patienten (Haupteff. p zum 1. $< .001$, zum 2. $< .05$, zum 3. $< .01$). Die Altersgruppen unterscheiden sich zum 2. und 3. Untersuchungszeitpunkt, und zwar durch diejenigen Haupteffekte, daß die älteren Patienten zum Kurende zur höheren Risikovermeidung (Faktor 2) tendieren ($p < .05$) und in der Katamnese ein höheres "Mißtrauen gegenüber dem eigenen Körper" (Faktor 4) aufweisen ($p < .05$) als die jüngeren. Interaktionen zwischen Geschlecht und Alter stellen sich zum 1. Termin auf dem 4. Faktor (Mißtr. geg. eig. Körper), zum 2. auf dem 3. Faktor (Beacht. v. Krankh.anz.) und zum 3. Termin auf dem 2. Faktor (Risikovermeid.), und zwar im Zusammenhang mit den bei älteren und weiblichen Patienten zunehmend höheren Werten heraus ($p < .05$). Keine Haupt-

effekte lassen sich in den beiden weiteren HG-Dimensionen 1 "Mißtrauen gegenüber Ärzten und Therapien" und 3 "Starke Beachtung von Krankheitsanzeichen" auffinden.

14.4.2 Diskussion

Unsere Befunde deuten darauf hin, daß Frauen zu ihrem Körper ein eher unsicheres, ängstlich-besorgtes Verhältnis haben als Männer und daß sich diese Problematik auch mit zunehmendem Alter abzeichnet. Diese Ergebnisse sind angesichts der soziokulturell vielfältig vermittelten günstigeren Bewertung von weiblicher Attraktivität und von Jugendlichkeit, die sich auch im Selbsterleben der Geschlechter (vgl. z.B. WESLEY und WESLEY 1977) niederschlägt, kaum verwunderlich.

14.5 Freiburger Persönlichkeits-Inventar FPI und Buchinger Persönlichkeits-Inventar BPI

14.5.1 Ergebnisse

In den verwendeten vier FPI-Skalen "Aggressivität", "Offenheit", "Extraversion" und "Emotionale Labilität" zeigen sich folgende varianzanalytischen Haupteffekte: Zu allen drei Erhebungsterminen schildern sich die Frauen als emotional labiler als die Männer (Haupteff. p zum 1. und 3. Termin $<$ .01, zum 2. Termin $<$ .001); vorübergehend, zum Kurende, erreichen sie auch verminderte Extraversionsausprägungen (Haupteff. p $<$ .05). Auch finden sich durchgängig verminderte Extraversionswerte der älteren im Vergleich zu den jüngeren Kurpatienten (Haupteff. p zum 1. und 2. Termin $<$ .01, zum 3. Termin $<$ .001) und zum Kurende schildern sich 30-40-Jährige als aggressiver im Vergleich zu den 41-50-Jährigen (Haupteff. p $<$ .01). Eine GxA-WW findet sich lediglich zum Kurende in der Skala Aggressivität (bei über die Geschlechter hinweg etwas erhöhten Werten der jüngeren Patienten,

$p < .05$). Auf das naheliegende Problem der Stabilität der mit dem FPI an drei Zeitpunkten erhobenen Persönlichkeitsmerkmale gehen wir im Zusammenhang mit Frage 10 ein (Stabilitätskoeffizienten siehe Tab. 30 und Tab. 42-47, 50-52).

Zu beiden Erhebungszeitpunkten (am Kuranfang und Kurende), zu denen den Patienten das BPI gegeben wurde, zeigen sich aufgrund des Geschlechts Differenzen bzw. Haupteffekte in den Skalen 1 "Gehemmtheit" (p jeweils $< .001$), 3 "Nervosität" (p jeweils $< .001$), 4 "Depressivität" (p jeweils $< .001$) und 5 "Intimbereich" (p Kuranf. $< .001$, Kurende $< .01$), wobei die Frauen durchgängig einen "gestörteren" Eindruck erwecken. Zum Kurende sind auch noch die Erregbarkeitswerte (BPI2) der Frauen erhöht (Haupteff. $p < .05$).

Dagegen unterscheiden sich die Altersgruppen nur in der Skala "Intimbereich", und zwar nur zum Kuranfang, wobei sich die älteren Patienten als sexuell konflikthafter als die jüngeren beschreiben (Haupteff. $p < .01$).

14.5.2 Diskussion

Die in relativ stabiler Weise aufzufindenden geschlechts- und altersspezifischen interindividuellen Differenzen, insbesondere die Tatsache, daß sich die weiblichen Patienten als beunruhigter und konflikthafter beschreiben als die männlichen, stimmen weitgehend mit den Ergebnissen aus den Standardisierungen zu den beiden Persönlichkeits-Inventaren (FAHRENBERG u.a. 1978a; KURY 1974) überein. Sie decken sich auch mit Resultaten, die speziell an Kurpatienten im Rahmen persönlichkeitspsychologisch orientierter Studien (speziell mit FPI und BPI) gewonnen wurden (vgl. DINSE 1977; DOUBRAWA 1977; FERSCHING 1976; FERSCHING und KURY 1979; PINNO 1972; SCHWARTZ 1974; SIEGRIST 1971). Mit der Deskription solcher Unterschiede sind wir freilich von ihrer Erklärung noch weit entfernt. U.a. bleibt das Problem, inwieweit die erneut deutlich gewordenen Geschlechtsunterschiede etwa durch eine soziokulturell vermittelte und durch Rollenzuschreibungen nahegelegte, erhöhte Klag-

samkeit oder ein tatsächlich konflikthafteres Befinden der weiblichen Testpersonen mitbestimmt werden (vgl. KAGAN 1978b). Umso mehr wären dann aber in inhaltlicher Hinsicht wiederum die Bedingungen dieser Konflikthaftigkeit zu klären (vgl. z.B. WESLEY und WESLEY 1977). Und in methodologischer Hinsicht wäre der Einfluss verschiedener "moderierender" Variablen (wie z.B. der Klagsamkeit) zu erhellen (vgl. JÄGER 1978, S. 36).

14.5.3 Hypothesenprüfung

Wir können nun auf die Hypothese zu den geschlechts- und altersspezifischen Unterschieden in Persönlichkeitsvariablen zurückkommen: "In den Persönlichkeits-Inventaren FPI und BPI werden zu den verschiedenen Erhebungszeitpunkten bedeutsame Unterschiede zwischen männlichen und weiblichen Patienten auftreten, wobei die ersten eher als günstig zu betrachtende Ausprägungen als die zweiten erreichen. Extraversions- und Aggressivitätsausprägungen sind in der höheren Altersstufe eher verringert". Wir können diese Hypothese angesichts der referierten Befunde als bestätigt ansehen.

14.6 Freiburger Beschwerdenliste FBL und Adjektiv-Skalen zur Einschätzung der Stimmung SES

14.6.1 Ergebnisse

Zu allen drei Untersuchungsterminen geben die Frauen in der FBL in erheblich höherem Ausmaß Beschwerden an als die Männer (Haupteff. p. jeweils $<$ .001). Dagegen unterscheiden sich die Altersgruppen darin nicht signifikant. Ähnlich wie in FPI (Emotionale Labilität), BPI und FBL, wenngleich nicht so umfassend, zeigen sich in den Stimmungsskalen SES etliche geschlechtsspezifische, jedoch keine altersspezifischen Unterschiede. Weibliche Patienten schildern ihre Stimmung bedeutsam weniger gehoben als männliche (Skala 1),

und zwar zum 1. und 3. Termin (Haupteff. $p \leqslant .01$ und $\leqslant .05$), außerdem als gereizter (Skala 2), und zwar nur zum Kurende (Haupteff. $p \leqslant .05$); fühlen sich zu allen drei Erhebungszeitpunkten weniger aktiviert (Skala 3, Haupteff. jeweils $\leqslant .01$), sowie zum 2. und 3. Untersuchungszeitpunkt bedrückter (Skala 4, $p \leqslant .001$ und $\leqslant .01$). Zum Kurende erreichen Frauen noch höhere Ausprägungen in der Skala 5 "Trägheit" (Haupteff. $p \leqslant .001$) und zu allen drei Erhebungszeitpunkten höhere Werte in der Skala 6 "Müdigkeit" (Haupteff. p 1. und 2. $\leqslant .01$, 3. $\leqslant .05$) als Männer. Schließlich erscheint die Stimmung der Frauen zu Kurbeginn und Kurende bedeutend weniger ausgeglichen (Skala 7) als die der Männer (Haupteff. $p \leqslant .001$ und $\leqslant .01$).

14.6.2 Diskussion

Die durchweg höheren Beschwerdenausprägungen der Frauen im Vergleich zu denen der Männer in der FBL (Skala Allgemeinbefinden) stimmen gut mit den Ergebnissen des Testautors (FAHRENBERG 1975, S. 91), außerdem mit den speziell an Kurpatienten gefundenen geschlechtsspezifischen Unterschieden, ebenfalls in der FBL, überein (vgl. z.B.DANKO 1977; DINSE 1977). Die Altersabhängigkeit der Beschwerden ist in unseren Befunden zwar noch etwas geringer als in vergleichbaren Studien, doch erwies sie sich auch in diesen (z.B. STOCKSMEIER 1973; DINSE 1977) als gering. Was im Bereich des durch die FBL definierten Allgemeinbefindens deutlich wurde, kommt auch in der Mehrzahl der Stimmungsskalen zum Ausdruck: Die Merkmalsausprägungen der Frauen weisen offenbar gewisse depressiv-resignative Tönungen auf, wie auch von BECKMANN u.a. (1977) im Rahmen ihrer repräsentativen Studie festgestellt wurde. Wie sich schon bei eigenen früheren Untersuchungen an Kurpatienten herausstellte (FERSCHING 1976), unterscheiden sich die Altersgruppen (wohlgemerkt von 30 bis 40 und 41 bis 50 Jahren) nur wenig in ihrem Stimmungsgeschehen, was erneut bestätigt wurde.

Die Probleme einer Bedingungsanalyse der geschlechtsabhängigen Ausprägungen in den gerade dargestellten subjektiven Befindensmerkmalen sind ähnlicher Art wie die, die in Verbindung mit den persönlichkeitspsychologischen Unterschieden zwischen Männern und Frauen aufgeworfen wurden.

14.6.3 Hypothesenprüfung

Wir wenden uns nun der Hypothesenprüfung zu, wozu die Hypothese nochmals wiederholt wird: "Die Werte in der Skala Allgemeinbefinden der FBL und die Ausprägungen in den SES stellen sich bei weiblichen Patienten als weniger günstig dar als bei männlichen Patienten." Diese Hypothese darf angesichts der Art der in der FBL und in der Mehrzahl der SES aufgetretenen Unterschiede zwischen Männern und Frauen als bestätigt angesehen werden.

14.7 Fragebogen zur Erfassung subjektiver psychosozialer Belastungen im Zusammenhang mit Ehe, Familie und Beruf BFB

14.7.1 Ergebnisse

Teilweise inkonsistent zu den in den bisher genannten methodischen Verfahren gewonnenen Ergebnissen ist nur bei einem der vier BFB-Faktoren, dem 3. Faktor "Unzufriedenheit mit der Art der beruflichen Arbeit, dem Verhältnis zu Kollegen und der Bezahlung", ein geschlechtsabhängiger Haupteffekt zu erkennen: Weibliche Patienten geben zum 1., 2. und 3. Erhebungstermin höhere Belastungs- bzw. Unzufriedenheitswerte an als männliche ($p < .01$). Zwischen den beiden Altersgruppen finden sich keine statistisch bedeutsamen Unterschiede.

14.7.2 Diskussion

Bereits bei den hypothetischen Überlegungen, inwieweit innerhalb der Personen, die an einem stationären Heilverfahren teilnehmen, geschlechts- sowie auch altersspezifische Unterschiede in subjektiven, psychosozialen Belastungen zu erwarten sind, stellten wir einige Unsicherheiten in der empirischen Fundierung zu dieser Frage fest. Es gibt zwar Befunde und Beobachtungen (vgl. z.B. GERCKE 1970a,b; SCHWARTZ 1974), die höhere Belastungen der weiblichen Patienten erwarten lassen, insbesondere etwa im Zusammenhang mit den Mehrfachbelastungen berufstätiger Frauen und Mütter, doch gab es auch dagegen Einwände, z.B. in Verbindung mit Präselektionsfaktoren (vgl. z.B.GERCKE 1976b). Unsere Befunde scheinen darauf hinzudeuten, daß sich Männer und Frauen, die am Heilverfahren teilnehmen, nur wenig unterscheiden, wenn sie relativ direkt nach ehe-, kinder- und überforderungsbezogenen Belastungen gefragt werden. Auch im Zusammenhang mit den geschlechtsspezifischen Unterschieden im Faktor der berufsbezogenen Unzufriedenheit ergeben sich Probleme: Häufig finden sich - in globalen wie auch einzelne Aspekte betreffenden - Arbeitszufriedenheitmaßen eher erhöhte Zufriedenheitswerte der Frauen (vgl. z.B. STOLLBERG 1968), obwohl diese angesichts ihrer objektiven Arbeitsplatzsituation wohl wenig Anlass dafür haben dürften. BRUGGEMANN u.a. (1975, S. 113) erklären solche Ergebnisse mit einem durchschnittlich geringeren Anspruchsniveau der Frauen bezüglich ihrer Arbeitssituation und referieren Befunde, die mit wachsendem Anspruchsniveau auch höhere Unzufriedenheitswerte weiblicher Befragter erwarten lassen. Wenn sich also die Patientinnen als mehr unzufrieden mit beruflicher Tätigkeit, Kollegen und Bezahlung als die Patienten beschreiben, hat dies dann damit zu tun, daß diejenigen Frauen, die zur Kur kommen, durch ein erhöhtes Anspruchsniveau (und einer damit zusammenhängenden, potentiell stärkeren Konflikthaftigkeit) charakterisiert sind? Entsprechende Vermutungen hat MENTZEL bezüglich der Kur-

patienten mit psychovegetativen Störungen geäußert (1976), allerdings ohne auf die hier aufgeworfene Frage nach der Geschlechtsabhängigkeit einzugehen.

14.8 Einschätzung der Patienten durch den Gruppenarzt und die Gruppenbetreuerin (Arzt- und Betreuerin-Rating)

14.8.1 Ergebnisse und Diskussion

Wenn im Rahmen der varianzanalytischen Auswertung die geschlechts- und altersabhängigen Ausprägungen in den Variablen des Arzt- und Betreuerin-Ratings untersucht werden, dann fallen der hochsignifikante Haupteffekt ($p < .001$) im Arztr.1 (Pos. Kurerf., günst.Prog.Arzt) und der signifikante Haupteffekt im Betreuerinrating ($p < .05$) mit weniger positiven Ergebnissen der Frauen im Vergleich zu denen der Männer auf (bei einer WW im Betr.R. im Zusammenhang mit positiveren Bewertungen der älteren männlichen Patienten, $p < .05$).

So wiederholt sich, was das Geschlecht betrifft, auch in der Fremd-Einschätzung das, was sich bereits in der, anhand des Fragebogens BdK abgegebenen, subjektiven Einschätzung des globalen Kurerfolgs aus der Sicht der Patienten abgezeichnet hatte: Der eingeschätzte Nutzen der weiblichen Patienten ist geringer als der der männlichen. Es stellt sich allerdings die Frage, welche Indikatoren mit welcher Gewichtung in die Urteilsbildung von Gruppenarzt und Gruppenbetreuerin eingingen. Auf der anderen Seite ist fraglich, inwieweit auf "der Seite der Patienten" bestimmte Parameter, etwa besondere (diagnostisch relevante) Charakteristiken, nach denen sie bestimmten Ärzten (einschließlich Betreuerinnen) zugewiesen werden, außerdem damit zusammenhängende anamnestische Vorinformationen über die Patienten, ferner die Art und Weise, in der sie sich in der Arzt-Patient-Interaktion darstellen, und weitere psychologisch und sozial bedeutsame Merkmale, wie z.B. besondere Verhaltensauffälligkeiten im Kurverlauf (Klagsamkeit, Disziplinpro-

bleme, Mitarbeitsbereitschaft usw.) u.a. für die Urteilsbildung durch Arzt und Betreuerin mitverantwortlich sind. Sollten in den von uns verwendeten Variablenbereichen keine bedeutsamen Unterschiede zwischen den verschiedenen Patientengruppen pro Arzt (und Betreurin) auftreten, dann ist umso mehr anzunehmen, daß, für den Fall relevanter Unterschiede im Arzt- und Betreuerin-Rating, Unterschiede in anderen, in der vorliegenden Studie nicht berücksichtigten Patientendaten sowie auch in der Urteilsbildung des (einschätzenden) therapeutischen Personals eine Rolle spielen. Einen Anhaltspunkt zu diesem Problem können wir aus einem varianzanalytischen Design erhalten, das neben den Faktoren des Geschlechts (G) und des Alters (A) auch den der Kurgruppen- bzw. Gruppenarzt- und Gruppenbetreuerinzugehörigkeit ("K"; und zwar vier Gruppen, im folgenden gekennzeichnet nach dem Namen der Unterbringungsgebäude) und den der Hauptdiagnose ("D"; und zwar andere Hauptdiagnosegruppe als "Psychovegetatives Syndrom" sowie diese).
In einer entsprechenden Auswertung, in die als 5. Gruppeneinteilungsfaktor noch das Belastungsrating im Psychologischen Interview eingeht ("B"; hier nur mit der Unterscheidung unbelastet und in mittlerem Ausmaß belastet, bzw. sehr belastet), wiederholt sich zunächst einmal der bekannte geschlechtsspezifische Haupteffekt im Arztr.1 (vgl. Tab. 27). Auffallend sind jetzt die hochsignifikanten Unterschiede in allen drei Variablen des Ratings zwischen den Kurgruppen bzw. Ratern: Im Arztr. 1 (Pos. Kurerf.günst.Prog.Arzt) erreichen die Patienten der Gruppen Rauhenbichl und Berghof weniger günstige Werte, diejenigen aus dem Haus Kühberg eher positive und die aus dem Haus Kniebis etwa mittlere Ausprägungen. Im Arztr.2 erscheinen die Berghof-Patienten vermehrt, die Kühberg-Patienten vermindert psychovegetativ-psychosomatisch gestört und die Kniebis-Patienten erreichen wieder eine Mittelposition. Allerdings gehen die Ergebnisse der Rauhenbichl-Patienten nun - im Gegensatz zu ihrer Position in Arztr.1 - in die "gestörte" Richtung. Die Einschätzungen der Betreuerinnen unterscheiden sich offenbar von denen der Ärzte, mit Ausnahme von Betreuerin

und Ärztin des Hauses Kühberg, die vergleichbare Resultate erzielen. Dagegen weisen die Beurteilungen der Betreuerinnen von Berghof und Rauhenbichl in eine eher positive Richtung als die der Ärzte dieser Häuser, und die Betreuerinbeurteilung der Kniebis-Patienten fällt eher negativ aus. Bedeutsame WWn finden sich als AxD im Arztr.1 ($p < .05$; bei einer eher positiven Einschätzung der Patienten mit der Diagnose "Psychovegetatives Syndrom" über die kaum unterschiedenen Altersgruppen hinweg), als AxBxK ($p < .05$) im Betr.r. (neben den bekannten "K" und "A"-Unterschieden tendenziell negativere Werte der "Belasteten") und als GxK, AxK und BxD (p jeweils $< .05$) im Arztr.2 (u.a. mit - plausibel erscheinenden - tendenziell höheren Werten bei Patienten mit der Hauptdiagnose Psychovegetatives Syndrom als bei Patienten ohne diese Diagnose).

Wird nun der gleiche varianzanalytische Auswertungsplan auf die übrigen - psychologischen - Datenbereiche angewandt, so finden sich keine Haupteffekte aufgrund der Kurgruppen- bzw. Arzt- und Betreuerin-Zuweisung (K), auch praktisch keine darauf bezogene Interaktionen (auf eine Tab. dazu wird daher verzichtet). So ist also anzunehmen, daß die in der vorliegenden Untersuchung verwendeten psychologischen Variablenbereiche und die in ihnen auftretenden interindividuellen Differenzen nur in geringem Ausmaß für die in den drei Ratingvariablen auftretenden Unterschiede zwischen den Kurgruppen verantwortlich sind. Dies schließt also, zumindest im Arztr.2 und im Betreuerin-Rating, die vermittelnde Funktion etwa von Geschlechts- und Altersfaktoren nicht aus, wie die entsprechenden, hier festzustellenden Wechselwirkungen (z.B. GxK und AxK im Arztr.2) nahelegen. Auch sind geringe bis mittlere Abhängigkeiten von psychologischen Variablen nicht ganz auszuschließen, die korrelationsstatistisch ausgedrückt, ja eher signifikant sind als die varianzanalytischen Unterschiede (vgl. dazu Zusammenhangsanalysen). Von einiger Bedeutung erscheint aber, daß sich im Arztr.1 unabhängig von den hier erheblichen Geschlechtsunterschieden die Stations- bzw. Arzt-Unterschiede durchsetzen.

14.9 Anamnestischer Erhebungsbogen, Katamnestischer Erhebungsbogen, Psychologisches Interview, medizinische Variablen

14.9.1 Ergebnisse in den einzelnen Variablenbereichen

14.9.1.1 Anamnestischer Erhebungsbogen

Wenn anhand der einzelnen Fragenbereiche des Anamnestischen Erhebungsbogens geschlechts- und altersspezifische Unterschiede erkundet werden, dann ergibt sich zunächst in den Bereichen I Geschlecht und Alter, II Wohnverhältnisse, III Familienverhältnisse, V Schule und Ausbildung: Die männlichen Patienten sind etwas älter als die weiblichen (Chi^2 zur Altersgruppe p .062, varianzanalytischer Haupteffekt in den Lebensjahren $p \leqslant .05$). Der Ehepartner der Frauen ist - was kaum überrascht - häufiger berufstätig als der der Männer, ebenso der der Jüngeren in der Gesamtpatientenstichprobe (Chi^2 p .000 und .011). Ebenso wenig überraschend ist auch die Differenz im Nettoeinkommen, das bei Männern höher als bei Frauen liegt (Chi^2 p .000). Die Jüngeren der Gesamt- und Männergruppe haben weniger Kinder als die Älteren (Chi^2 .007 und .002). Eindeutige Geschlechtsunterschiede finden sich in der Antwort auf die Frage nach einer abgeschlossenen Berufsausbildung mit einer weniger häufigen Bejahung durch die Frauen, ebenso in der Klassifikation der gegenwärtigen Berufstätigkeit, wobei die weiblichen Patienten häufiger einfacheren Tätigkeiten zugeordnet werden, und außerdem in der Art der Berufsbeanspruchung (bei Frauen vermehrt körperliche im Vergleich zu geistiger bzw. körperlicher und geistiger Tätigkeit, Chi^2 p jeweils .000). Was die Körperhaltung bei der beruflichen Tätigkeit betrifft, so geben die weiblichen Patienten gegenüber den männlichen vermehrt sitzende und laufende und vermindert stehende Arbeiten an (Chi^2 p .024), wobei ihre Arbeitszeit häufiger 8 (und weniger) Stunden beträgt als die der männlichen Patienten (Chi^2 p .000). Unter den Schichtarbeitern (N=33) befinden sich die Frauen häufiger in der ausschließ-

lichen Nacht- und Spätschicht und die Männer häufiger in der wechselnden Früh-, Spät- und Nachtschicht (Chi^2 p.001). Unter den Gründen für Arbeitsstellenwechsel im bisherigen Berufsleben finden sich die Unterschiede, daß die Älteren der Gesamt- und Männergruppe häufiger mangelnde Befriedigung in der Arbeit (Chi^2 p .009 und .020) und die männlichen Patienten häufiger mangelnden Verdienst (Chi^2 p .000) angeben. Ältere weibliche Patienten nennen häufiger die Entlassung als jüngere weibliche (Chi^2 p .018). Unter den Patienten, die unmittelbar vor der Kur nicht berufstätig waren, befinden sich etwas mehr Frauen als Männer (Chi^2 p. 019).

In den zum Fragenbereich IV Elternhaus erhobenen Daten, die durch den ersten Anamnesefaktor repräsentiert werden, fällt auf, daß die weiblichen Patienten häufiger als die männlichen angeben, ohne Vater aufgewachsen zu sein (Chi^2 p.024), was auch für die jüngeren Patienten der Gesamtgruppe im Vergleich zu den älteren gilt (Chi^2 p .034); auch findet sich bei den Patientinnen häufiger als bei den Patienten die Antwort, im Heim aufgewachsen zu sein (Chi^2 p .030).

Bezüglich der Lebensgewohnheiten (VII) fallen die weniger positiven Angaben der Frauen zu Freizeit und Schlaf als die der Männer auf: Weniger häufige körperliche Betätigung in der Freizeit (Chi^2 p .000), vermindertes Erholungsgefühl nach dem Wochenende (Chi^2 p .031; dies auch bei Jüngeren im Vergleich zu den Älteren innerhalb des gesamten Patientenkollektivs; Chi^2 p .041), weniger häufig das Gefühl, am Morgen ausgeschlafen zu sein (Chi^2 p .025). Im Konsum von Genussmitteln und alkoholischen Getränken zeigt sich, daß der tägliche Kaffee- bzw. Teekonsum der Frauen (Chi^2 p.034) und der wöchentliche Bierkonsum der Männer (Chi^2 p .000, varianzanal. Haupteff.$p \leqslant .001$) höher ist als jeweils beim anderen Geschlecht, was den Medikamentenkonsum betrifft, so nehmen Frauen häufiger Schmerztabletten (Chi^2 p .024), Schlaftabletten (Haupteff. $p \leqslant .05$), Beruhigungstabletten (Haupteff. $p \leqslant .05$) sowie Abführmittel

(Chi^2 p .001; Haupteff. $\leqslant$ .001) ein als Männer. Während beim einfachen Häufigkeitsvergleich keine bedeutsamen Unterschiede in Häufigkeit und Dauer krankheitsbedingter Fehlzeiten auftreten, deuten sie sich im varianzanalytischen Design für die Dauer an: es ergibt sich jeweils ein varianzanalytischer Haupteffekt aufgrund des Geschlechts ($p \leqslant .01$) und Alters ($p \leqslant .05$) mit jeweils einer längeren Dauer für die Frauen und Älteren unter den Patienten. Dies drückt sich auch in einer hochsignifikanten WW ($p \leqslant .001$) aus. In diesem Fall ist das varianzanalytische Ergebnis aber mit Zurückhaltung zu verstehen, da die Angaben zur Krankheitsdauer sehr schief verteilt sind. Für Frauen ergibt sich außerdem eine größere Zahl von bisherigen Krankenhausaufenthalten (Chi^2 p .003, Haupteff. $p \leqslant .001$). Ältere Patientinnen geben etwas mehr Stunden täglicher Erholung an als jüngere (Chi^2 p .020).

Unter den Rauchern befinden sich mehr Männer (Chi^2 p .030) und es ist nicht überraschend, daß die Älteren (des Gesamtpatientenkollektivs) schon mehr Jahre rauchen (Chi^2 p .039; Haupteff. $p \leqslant .001$) und auch unter den ehemaligen Rauchern mehr "Jahre zusammen bekommen" haben (Chi^2 p .030, Haupteff. $p \leqslant .001$).

14.9.1.2 Katemnestischer Erhebungsbogen

Zunächst ist festzustellen, daß sich die beiden Altersgruppen sowohl des Gesamt- als auch des Männer- und Frauenkollektivs in den Variablenausprägungen dieses Fragebogens kaum bedeutsam unterscheiden. Unter den auf der Kur erlernten Maßnahmen ergibt sich für das Hautbürsten ein altersspezifischer Unterschied; es wird von den älteren Befragten häufiger angewandt (Chi^2 p .055). Der Chi-Quadrat-Test erbringt weiterhin, daß die 41-50-Jährigen unter den Frauen mehr "sonstige"Medikamente als die 30-40-Jährigen einnehmen; außerdem geben die älteren Befragten der GG und MG höhere Zahlen an Hausarztbesuchen im Kurnachhalbjahr an (Chi^2 p GG .012, MG .023). In der varianzanalytischen

Auswertung tritt ein Haupteffekt aufgrund des unterschiedlichen Alters auf, und zwar in der Beantwortung der Frage nach der Beibehaltung der auf der Kur empfohlenen Ernährungsweise ($p < .05$). Diese Maßnahme wird von den älteren Patienten in höherem Ausmaß beibehalten. Wiederum bewerten - so das varianzanalytische Ergebnis - die Älteren ihren subjektiven Gesundheitszustand weniger positiv als die Jüngeren ($p < .05$).

Werden die Geschlechts- und Altersgruppen danach unterschieden, ob ein bzw. mehrere life events einerseits oder keine solchen Ereignisse andererseits im Kurnachhalbjahr vorkamen, so ergeben sich bedeutsam häufigere Vorkommnisse bei den Älteren (Chi^2 p GG .017, MG .010). Dies ist der einzige altersspezifische Unterschied (bei keinem geschlechtsspezifischen) in den auf die life events bezogenen statistischen Auswertungsschritten, die weiter unten, im Zusammenhang mit den life events im Psychologischen Interview, näher beschrieben werden.

Auf die geschlechtsspezifischen Unterschiede in der katamnestischen Kurbeurteilung wurde bereits eingegangen. Weiterhin ist in geschlechtsspezifischer Hinsicht noch festzustellen, daß im Fragenbereich III Berufsleben nach der Kur einige Unterschiede auftreten. So sind von den nach der Kur arbeitslos gewordenen Patienten (N=1o) die meisten (N=8) Frauen (Chi^2 p .000). Erneut sind unter den Personen, die ihre Arbeitsstelle gewechselt haben, die Frauen im Vergleich zu den Männern wieder eher mit körperlicher Arbeit beschäftigt (Chi^2 p .050), wobei sie auch vermehrt körperliche und äußere Belastungen am Arbeitsplatz angeben (Chi^2 p .052) und einen geringeren Nettolohn als ihre männlichen Kollegen erhalten (Chi^2 p .050).

Was die Beibehaltung von gesundheitsförderlichen Maßnahmen, die während des Heilverfahrens gelernt wurden, betrifft, so ergibt sich hierbei, daß Männer im Vergleich zu Frauen (Chi^2 p. 029) mehr Stunden körperlicher Betätigung pro Woche angeben (Haupteff. $p < .05$), gleichwohl eine größere Stundenzahl der täglichen Erholung und Entspannung widmen

(Chi^2 p .018) und als vorherrschende Freizeitgestaltung eher körperliche Betätigung nennen (Chi^2 p .046), weiterhin ihren Gesundheitszustand positiver bewerten (Haupteff. p $\leqslant$ .01) sowie vermehrt zuversichtliche Zukunftserwartungen hinsichtlich ihrer Familie angeben (Haupteff. p $\leqslant$ .05). Wie bereits in der Anamnese ergibt sich für Männer ein höherer wöchentlicher Bierkonsum (Haupteff. p $\leqslant$ .001) und für Frauen ein höherer Konsum an Abführmitteln (Chi^2 p .019), nun auch an Beruhigungstabletten (Chi^2 p .015). Auch sind die Konsultationen von Hausärzten (Chi^2 p.010), Fachärzten (Chi^2 p .041) bei den Frauen häufiger. Schließlich geben diese insgesamt und speziell im familiären Bereich mehr "life events" und ungünstigere Bewertungen derselben als die befragten Männer an (Chi^2 zu life events gesamt p .000 und zum fam. Bereich p .010, .012).

14.9.1.3 Psychologisches Interview

Was die im 1. Interviewfaktor repräsentierten Items betrifft, so erscheinen Frauen in der Prozedur der Heilverfahrensingangsetzung mehr "fremdgesteuert" als Männer (Haupteff. p $\leqslant$ .05), was auch für ältere im Vergleich zu jüngeren Patienten gilt (Haupteff. p $\leqslant$ .05).

Speziell im Hinblick auf die alters- und geschlechtsabhängigen Ausprägungen in den - ebenfalls im ersten Interviewfaktor repräsentierten - "life-events" wurden folgende statistische Auswertungen vorgenommen. Erstens wurden Geschlechts- und Altersdifferenzen (außerdem Differenzen in Abhängigkeit von Familienstand, Sozialstatus usw.; siehe später) daraufhin mittels Chi-Quadrat untersucht, ob in den inhaltlichen Bereichen als Gesamtheit (gleichgültig in welchem einzelnen Lebensbereich) Lebensereignisse vorkamen oder nicht vorkamen. Zweitens wurde für jeden dieser Bereiche unter Einschluß der Nullwerte durch Chi-Quadrat-Test untersucht, ob Geschlechts- und Altersdifferenzen auftreten. Dieses statistisch voraussetzungsarme Verfahren

erschien angemessen, da unter Einschluß der Nullwerte ziemlich schiefe Verteilungen auftraten. Drittens wurden Varianzanalysen (Faktoren G, A) in bezug auf die Ausprägungen der jeweils zwei Dimensionen (Ärger, Belastung) pro Lebensbereich gerechnet, allerdings ohne Einschluß der Nullwerte, sondern unter alleiniger Verrechnung der Meßwerte (1-5), anhand derer die Patienten im Interview ihre subjektive Einschätzung zu den vorgekommenen bzw. erwähnten Lebensereignissen vornahmen. In diesem Fall nähern sich die Verteilungen der Normalverteilung mehr an.

Die erwähnten drei Auswertungsprozeduren wurden auch auf die life-events-Variablen des Katamnestischen Erhebungsbogens (mit Varianzanalysen - Auswertung 3 - zum familiären und beruflichen Bereich, nicht zu den anderen Bereichen, die zu geringe Besetzungshäufigkeiten aufweisen) angewandt (vgl. zur erstgenannten und zweitgenannten Auswertungsprozedur Tab. 25, zur drittgenannten Tab. 23).

Keine der drei Auswertungsmethoden führte zu statistisch signifikanten Unterschieden zwischen den Geschlechts- und Altersgruppen; es finden sich lediglich einige GxA-WWn im Rahmen der varianzanalytischen Auswertung.

In der Untersucher-Einschätzung erreichen Frauen höhere Ausprägungen in der "Mitteilsamkeit Intimes" und "Belastung", die Älteren erhalten niedrigere Werte in der "Selbstexploration" (Haupteff. p jeweils $<$ .05).

Was die Kindheitserinnerungen (Interviewfaktoren 2 und 3) betrifft, so erwähnen Frauen häufiger ihre Mutter (Chi^2 p .017) und die affektive Tönung ihrer auf die Kindheit bezogenen Schilderungen und Bewertungen erscheint häufiger negativ, gleichzeitig weniger häufig neutral als die der Männer (Chi^2 p .017, bei keinem Unterschied in der Kategorie positiv).

14.9.1.4 Medizinische Variablen

In den medizinischen Variablen ergibt sich neben den zu erwartenden geschlechtsspezifischen Unterschieden in Körpergröße und Körpergewicht (Haupteff. $p \leqslant .001$) für die weiblichen Patienten ein verminderter pdR-Wert zum Kuranfang (Haupteff. $p \leqslant .05$) und eine erhöhte Pulsfrequenz zu diesem und zum zweiten Erhebungszeitpunkt (Haupteff. $p \leqslant .05$). Zum Kuranfang und Kurende ist der Puls auch bei den älteren im Vergleich zu den jüngeren Patienten erhöht, ebenso der pdR-Wert zum 1. Termin (Haupteff. $p \leqslant .05$). Geschlechtsspezifische Ausprägungen mit jeweils verminderten Werten der Frauen finden sich noch in den Triglyceriden ($p \leqslant .05$), der Harnsäure ($p \leqslant .001$), den Erythrozyten ($p \leqslant .001$) und dem Hämoglobin ($p \leqslant .001$), sowie mit erhöhten Werten der Frauen in der Blutsenkung BKS (1. und 2. St., $p \leqslant .001$).

14.9.2 Diskussion

In den Auswertungen zu den anamnestischen Daten ist nicht zu übersehen, daß die weiblichen Kurpatienten zumindest einige Bereiche ihres bisherigen Berufslebens unter weniger günstigen, teilweise benachteiligten Bedingungen als die männlichen Kurpatienten verbrachten. Sie erhielten weniger häufig eine Berufsausbildung, führen vermehrt einfachere und untergeordnete berufliche Tätigkeiten aus, wie sie auch einen geringeren Nettolohn erhalten. Diese Unterschiede deuteten sich bereits in der faktorenanalytischen Auswertung zum Anamnestischen Erhebungsbogen an, aus der u.a. zwei Faktoren mit Höchstladungen des Geschlechts, einmal als Verbindung zwischen Zugehörigkeit zum männlichen Geschlecht, höherem Nettolohn, geringerer Zahl von Arbeitsverhältnissen, freilich auch vermehrter äußerer Belastung am Arbeitsplatz und zum anderen als Verbindung von Zugehörigkeit zum weiblichen Geschlecht und einem selteneren Abschluß von Volksschule und Berufsausbildung sowohl der Befragten wie auch schon ihrer Väter

hervorgingen. Auch in den übergreifenden korrelationsstatistischen und faktorenanalytischen Auswertungen von anamnestischen und psychologischen Daten (siehe unten) treten solche Beziehungen hervor. Das Alter hingegen nimmt hierbei, wie auch in bezug auf andere Variablenbereiche, eine eher unabhängige Stellung ein. Insoweit wiederholt sich auch in dieser Kurpatientenstichprobe zumindest teilweise die bekannte ausbildungs- und arbeitsmäßige Schlechterstellung bzw. mangelnde sozioökonomische Gesichertheit von Frauen, die wiederum nicht unabhängig von ihren "gestörten" Befindens- und Persönlichkeitswerten zu sehen ist (vgl. dazu z.B. KAGAN 1978a, 1978b; KING 1978).

Bemerkenswert ist auch, daß zwar nur wenige Patienten angeben, in einer anderen als der familiären Umgebung bzw. ohne einen bestimmten Elternteil aufgewachsen zu sein, daß es dann aber immer noch mehr die Frauen sind, die "ohne Vater" und "im Heim" aufgewachsen sind. Sollten also bei Frauen vermehrt Nachwirkungen einer vielleicht weniger positiven Kindheit anzutreffen sein? Die im Rahmen des Psychologischen Interviews erhobenen Erinnerungen, Schilderungen und Bewertungen der Patienten in bezug auf die eigene Kindheit erbringen in diese Richtung keine entsprechend eindeutigen Unterschiede. Allerdings findet sich in den "von außen" an die frühen Kindheitserinnerungen (FE) herangetragenen Kategorien insoweit ein geschlechtsspezifischer Unterschied, als die FE-Kategorie "negativ" häufiger unter den Frauen anzutreffen ist. Nicht zu übersehen sind sodann auch die weniger positiven Angaben der Patientinnen zu etlichen Merkmalen der Lebensgewohnheiten, wie Freizeit, Schlaf, Erholungsgefühl, Medikamentenkonsum, in diesem Zusammenhang auch die längere Dauer der krankheitsbedingten Fehlzeiten unter weiblichen und älteren Patienten. Die erhöhte Krankheitszeitendauer bei Frauen und Älteren ist auch aus repräsentativen Statistiken bekannt (vgl. BLOHMKE und JOST 1976, S. 105). Allerdings setzen sich die eben genannten, in erster Linie geschlechtsspezifischen, Differenzen bis auf die Häufigkeit und Dauer der Krankmeldungen über die Anamnese hinaus auch in der Katamnese fort, hier überdies noch

in (neu aufgenommenen, in der Anamnese noch nicht enthaltenen, auf Lebensgewohnheiten bezogenen Variablen) der Häufigkeit von Arztkonsultationen, der Zahl der genutzten Erholungsstunden und durchgeführten Entspannungsübungen, der subjektiven Bewertung des eigenen Gesundheitszustandes und den Zukunftserwartungen, mit jeweils weniger positiven Angaben der Frauen. Eine weniger günstige Bewertung des eigenen Gesundheitszustandes trifft offenbar vor allem auf weibliche und ältere Befragte zu, wie aus dem altersspezifischen Haupteffekt, der in dieser (als einer der wenigen entsprechenden Variablen) auftritt, und den hier vorfindlichen GxA-Interaktionen zu entnehmen ist.

Andererseits ist auch zu berücksichtigen, daß in objektiven und teilweise mit sogenannten Risikofaktoren zusammenhängenden Kennwerten wie (wöchentlichem) Bierkonsum, Rauchen und Triglyceridewerten (vgl. z.B. SCHAEFER und BLOHMKE 1977, S.60f) günstigere Ausprägungen der weiblichen gegenüber der männlichen Patienten sichtbar werden. Möglicherweise spielt für solche partiell diskrepanten geschlechtsspezifischen Verhältnisse in subjektiven und objektiven "Beeinträchtigungen" das Ausmaß an hypochondrisch-besorgten Verarbeitungsweisen eine Rolle, wobei (wie sich in den Auswertungen zum Fragebogen HG zeigte) Frauen ja etwas höhere Risikovermeidungstendenzen wie auch mißtrauische Haltungen zum eigenen Körper aufweisen.

14.10 Zusammenfassung

Zusammenfassend ist zu den geschlechts- und altersspezifischen Unterschieden in den verschiedenen Variablenbereichen der LVA-Kurpatienten an den einzelnen Untersuchungsterminen zu sagen, daß die Anzahl der signifikanten Differenzen bzw. Haupteffekte aufgrund des Geschlechts (N=131 Männer, N=49 Frauen) weitaus größer als diejenigen aufgrund des Alters (N=103 30-40-Jährige, N=77 41-50-Jährige) ist. Im Hinblick auf die einzelnen Variablenbereiche ergibt sich: Frauen kommen mit höheren und zugleich passiver ge-

tönten Erwartungen zur Kur (EzK); gleichwohl bewerten sie auch ihren globalen Kurerfolg am Ende der Kur wie auch in der späteren Katamnese weniger positiv als die Männer (BdK). Der globale subjektive Kurerfolg ist aus der Sicht der jüngeren Patienten positiver als aus der Sicht der älteren. Eine weniger positive Kurerfolgseinschätzung und Prognose hinsichtlich des Gesundheitsverhaltens für die weiblichen gegenüber den männlichen Kurpatienten findet sich auch in den Fremdeinschätzungen durch Gruppenärzte und Gruppenbetreuerinnen. Diese Einschätzungen weisen daneben aber auch arzt- und betreuerinspezifische Ausprägungen auf.

In den subjektiven "Krankheitskonzepten" (KKB) ist durchgängig zu den verschiedenen Terminen festzustellen, daß Frauen in größerem Ausmaß als Männer psychische und psychosoziale Ursachen für ihre Beschwerden annehmen und ebenso die adäquate Behandlung eher in psychotherapeutischen bzw. psychologischen Hilfen sehen. Zum 1. Termin wird von weiblichen und älteren Patienten außerdem vermehrt das Konzept "Körperleiden und Organmedizin" präferiert, während zu den ersten beiden Erhebungsterminen die Frauen gegenüber den Männern auch noch stärker das Konzept "Stress und Schonung" bevorzugen.

Was den Bereich Hypochondrie und Gesundheitsverhalten (HG) betrifft, so haben Frauen im Vergleich zu Männern zu ihrem Körper eher ein unsicheres-mißtrauisches Verhältnis (wie sich in varianzanalytischen Haupteffekten in HG4 zu allen drei Terminen zeigt). Auch zeigt sich zu den ersten beiden Erhebungsterminen eine erhöhte Tendenz zur Risikovermeidung bei den weiblichen, zum 2. Termin, neben einem erhöhten Mißtrauen gegenüber dem eigenen Körper, auch bei den älteren Patienten.

Durchgängig, soweit zu den einzelnen Erhebungsterminen Testergebnisse vorliegen, machen die weiblichen Patienten in den Persönlichkeitsvariablen (FPI und BPI) einen "gestörteren" Eindruck als die männlichen. Dies zeigt sich im einzelnen darin, daß sie sich zu den jeweiligen Terminen in höherem Ausmaß als emotional labil, gehemmt, nervös, de-

pressiv und sexuell konflikthaft, zum 2. Termin auch als weniger extravertiert und mehr erregbar beschreiben. Ältere Patienten erreichen an allen Terminen geringere Extraversionswerte, zum 2. Termin auch verminderte Aggressivitäts- und zum 1. Termin geringere Offenheitsausprägungen gegenüber den jüngeren Patienten.

In den Befindens- und Stimmungsvariablen (SES) fällt durchgängig eine verminderte subjektive Aktiviertheit und erhöhte Müdigkeit, außerdem zum 1. und 3. Termin eine weniger gehobene, zum 2. Termin eine mehr gereizte, zum 2. und 3. Termin eine vermehrt bedrückte, schließlich noch zum 1. und 2. Termin eine weniger ausgeglichene Stimmung (zum 2. Termin auch eine größere "Trägheit") der weiblichen gegenüber den männlichen Kurpatienten auf.

Was die subjektiven psychosozialen Belastungen (BFB) betrifft, so zeigt sich hier durchgängig zu allen drei Terminen eine größere Unzufriedenheit der Frauen mit der Art ihrer beruflichen Arbeit, ihren Kollegen und ihrer Bezahlung als der Männer (BFB3).

Wie sich in den Unterschiedanalysen zu den psychologischen Fragebogen abzeichnet, ergibt sich auch in einigen subjektiven und objektiven Variablen des Anamnestischen und Katamnestischen Erhebungsbogens sowie des Psychologischen Interviews, daß das Leben der Kurpatientinnen belasteter und teilweise benachteiligter als das der Kurpatienten zu verlaufen scheint. Frauen haben weniger häufig eine abgeschlossene Berufsausbildung, üben häufiger untergeordnete und einfachere berufliche Tätigkeiten aus und verdienen weniger als die Männer. Sie geben auch öfter als die Männer an, nicht in der eigenen Familie aufgewachsen zu sein und ihre kindheitsbezogenen Schilderungen im Interview sind mehr negativ getönt. In der anamnestischen wie katamnestischen Darstellung der Lebensgewohnheiten finden sich eher negative Angaben der Frauen im Vergleich zu den Männern zu Fragen bezüglich Freizeit, Schlaf, Erholung, Arztbesuch, Medikamentenverbrauch, subjektivem Gesundheitszustand und Zukunftserwartungen (auch Krankenhausaufent-

halten, die allerdings - wegen der darin enthaltenen Entbindungen - nicht einfach als höheres Ausmaß an Erkrankungen angesehen werden können). In einigen "objektiven" Daten des Anamnese- und Katamnesebogens finden sich allerdings auch "günstigere" Werte der weiblichen als der männlichen Patienten, und zwar ein geringerer Konsum an Bier, ein seltenerer Status des Rauchers. In diesem Sinne sind auch die geringeren Triglyceridewerte der Frauen in den medizinischen Variablen zu nennen. Gleichwohl erscheint eine subjektive psychosoziale Belastung, wie sie das Interview neben anderen Methoden erfasst, unter den weiblichen Patienten in größerem Ausmaß als unter den männlichen zu bestehen. Die altersspezifischen Unterschiede in Anamnese, Katamnese, Interview und medizinischen Variablen treten gegenüber den geschlechtsspezifischen zurück. Neben trivialen altersabhängigen Ergebnissen finden sich solche in der Weise, daß ältere Patienten zumindest teilweise die auf der Kur erlernten gesundheitsförderlichen Verhaltensweisen und Übungen vermehrt übernehmen, gleichwohl ihren Gesundheitszustand weniger positiv bewerten und öfter Ärzte konsultieren.

Die gefundenen geschlechts- und altersspezifischen Unterschiede werden im Zusammenhang mit verwandten Studien und im Hinblick auf neu aufgeworfene Fragen diskutiert. Sie werden außerdem mit zu geschlechts- und altersspezifischen Differenzen formulierten Hypothesen verglichen. Alle Hypothesen konnten als bestätigt angesehen werden.

15 Ergebnisse zu Frage 3: Lassen sich in den einzelnen Variablenbereichen unterschiedliche Ausprägungen feststellen, wenn zwischen Patienten nach dem Ausmaß ihrer im Psychologischen Interview eingeschätzten psychischen und psychosozialen Belastung unterschieden wird?

15.1 Vorbemerkungen

Wie bereits bei der Methodendarstellung (vgl. 8) erwähnt, soll das Psychologische Interview die Indikation eventueller zusätzlicher psychologischer Behandlungsmaßnahmen abklären helfen. Wichtige Informations- und Beurteilungsgrundlagen hierfür sind die Art und das Ausmaß psychischer und zwischenmenschlicher Belastungen und Schwierigkeiten, die subjektiven Verarbeitungsformen, die entsprechende Therapiemotivation des Patienten u.a. (vgl. z.B. FAHRENBERG u.a. 1978b). Die dazu notwendigen klinischen Urteilsbildungsprozesse sollten sich mit einer möglichst validen und zuverlässigen sowie einer - vor allem vom Standpunkt des Praktikers aus gesehen - ökonomischen Verwendung von Indikatoren gestalten lassen. Vor diesem Hintergrund soll das Psychologische Interview einmal, was die Belastung des einzelnen Patienten betrifft, zu einer diagnostischen Einschätzung und zum anderen, was die Ingangsetzung zusätzlicher psychologischer Heilmaßnahmen betrifft, zu einer "Indikationshilfe" beitragen.

Was das neu entwickelte Interview hinsichtlich dieser beiden Aspekte "hergibt", kann anhand der Daten der vorliegenden Buchinger Patientenstichprobe zunächst einmal nur vorläufig geklärt werden. Die - bereits referierten - faktoren- und itemanalytischen Auswertungen zu den einzelnen methodischen Verfahren (vgl. 13) haben bereits Anhaltspunkte darüber erbracht, anhand welcher Dimensionen die im Rahmen des Interviews zusammengetragenen Informationen strukturiert werden können und anhand welcher Items bzw. Itemkombinationen auf diesen Dimensionen möglichst "trennscharfe" Unterscheidungen zwischen den Patienten getroffen werden können. Im folgenden soll nun an der Einschätzung, wie sie der Untersu-

cher im Rahmen des Interviews unter Berücksichtigung verschiedener hier gewonnener Informationen (besonders der geäußerten Sorgen und Belastungen) im Hinblick auf das Ausmaß psychischer und psychosozialer Belastung des einzelnen Patienten vorgenommen hat, angesetzt werden. Dieses Belastungsrating umfasst die drei Kategorien "nicht bzw. wenig belastet", "in mittlerem Ausmaß belastet" und "sehr belastet". Der erstgenannten Kategorie wurden N=61, der zweitgenannten N=39 und der drittgenannten Kategorie N=72 Kurpatienten zugeordnet (8 missing data). An dieser Einschätzung "ansetzen" heißt, daß sie mit Hilfe von Dummycodierungen daraufhin untersucht wird, inwieweit sie in anderen, in erster Linie psychologischen Variablenbereichen interindividuelle Unterschiede "ausmacht". Dazu wird das Belastungsrating als ein Faktor (Abkürzung B) in varianzanalytische Auswertungen (d.h. simultane mehrfaktorielle Varianzanalysen) zu den metrischen Variablen pro jeweiligem Erhebungstermin einbezogen. Hierbei wird es noch mit weiteren Faktoren kombiniert, und zwar mit Geschlecht (G) und Altersgruppe (A), "Kurwiederholung"(W, d.h. Unterscheidung zwischen Patienten mit bisher keinem Heilverfahren, Erstkurgängern,mit der Zuordnung "Kurwiederholung nein", N=106, sowie Patienten mit bisher einem oder/und mehr als einem Heilverfahren, Kurwiederholern, mit der Zuordnung "Kurwiederholung ja", N=71) und "Zusätzliche psychologische Behandlung erhalten" (Abkürzung P; Unterscheidung nach "Ja", N=29, und "Nein", N=151). Es handelt sich also um ein G-A-W-B-P-Design. Die Einbeziehung dieser weiteren Faktoren in das varianzanalytische Design ist naheliegend, da sie nicht ganz unabhängig vom Belastungsrating sind (r B-G .17, $p < .05$; r B-P .40, $p < .001$; vgl. Tab. 32), oder/und weil sie in anderen Interviewbereichen, die mit dem Belastungsrating zusammenhängen, Unterschiede begründen (z.B. Unterschiede in Abhängigkeit von P in noch anderen Interviewereinschätzungen, Unterschiede in Abhängigkeit von A in einigen life-event-Variablen), oder/und weil ihre Wechselbeziehungen mit dem Belastungsrating von empirisch-theoretischem Interesse sind (z.B. wichtig im

Hinblick auf die Kurwiederholer). Der Faktor des Belastungsratings liegt den varianzanalytischen Auswertungen zu den Variablen der psychologischen Fragebogen mit der oben genannten dreifachen Kategorisierung zugrunde. In den übrigen, z.B. anamnestisch-katamnestischen (metrischen) Variablen wird lediglich von der Unterscheidung zwischen einer als nicht bzw. wenig und in mittlerem Ausmaß beurteilten Belastung einerseits (N=100) und einer als sehr belastet angenommenen Ausprägung (N=72) andererseits ausgegangen. Eine solche Unterscheidung legen die varianzanalytischen Ergebnisse in den psychologischen Variablen nahe (siehe unten), zumal die ersten beiden Kategorien "nicht bzw. wenig" und "in mittlerem Ausmaß "belastet" und auf der anderen Seite die Kategorie "sehr belastet" häufig unterschiedliche Vorzeichen zur Bestimmung der Abweichungen vom Gesamtmittelwert erhalten. Die Dreiteilung wird hier indessen einstweilen beibehalten (vgl. Tab. 26) zumal das Belastungsrating zumindest im Hinblick auf die psychologischen Fragebogenvariablen, zunächst einmal gleichsam rekonstruierend, in seiner ursprünglichen und unter klinikalltäglichen Bedingungen angewandten Fassung überprüft werden soll. Es soll noch darauf hingewiesen werden, daß das Belastungsrating in seiner Anwendung auf dichotom bzw. qualitativ ausgeprägte Variablen (z.B. des Anamnestischen Erhebungsbogens) sowohl unter Bezugnahme auf das gesamte Kurpatienten- als auch das Männer- und Frauenkollektiv untersucht wird, da es die bereits gezeigte Geschlechtsabhängigkeit aufweist. Nicht zuletzt soll auf die Korrelationstabellen hingewiesen werden, anhand derer sich ebenfalls Zusammenhänge zwischen Belastungsrating und psychologischen Variablen aufzeigen lassen (vgl. Tab. 31).

Wenn nun dieses Rating in der beschriebenen Weise daraufhin überprüft wird, inwieweit es interindividuelle Unterschiede in den übrigen Variablenbereichen begründet, dann wird gleichzeitig gewährleistet: Der zur Klärung von Validitätsproblemen erforderliche Vergleich mit anderen, insbesondere testpsychologisch gewonnenen, Informationen wird hergestellt (vgl. LIENERT 1969). Außerdem bleibt das Belastungs-

rating mit den anderen, vor allem um den Faktor der psychischen Belastung und psychovegetativen Gestörtheit gruppierten, Daten des Interviews "verankert". Darauf verweisen die sich im Rahmen der Faktorenanalyse ergebende Ladung von .87 und die im Zuge der itemanalytischen Auswertung gefundene Trennschärfe von .59.

15.2. Darstellung interindividueller Unterschiede aufgrund des Belastungsratings in den einzelnen Variablenbereichen

15.2.1 Fragebogen Einstellung zur Kur EzK, Beurteilung der Kur BdK und katamnestische Beurteilung der Kur

Unterschiede zeigen sich in der Weise, daß die als sehr belastet eingeschätzten Patienten im EzK in höherem Ausmaß (Haupteff. $p \leqslant .01$) die Entlastung von alltäglichen Anforderungen erwarten, Aussprache und neue zwischenmenschliche Begegnungen wünschen (EzK2) und umgekehrt etwas vermindert an "natürlichen Heilmaßnahmen" (EzK3) als die als weniger belastet eingestuften Patienten (Haupteff. $p \leqslant .05$) interessiert sind. In den Ausprägungen der BdK-Faktoren findet sich nur ein statistisch zu sichernder Haupteffekt: Die als erhöht belastet angesehenen Patienten bewerten das Gesamt an psychologischen Kurmaßnahmen (BdK4) vermehrt positiv (Haupteff. $p \leqslant .01$).

Während das Belastungsrating in den EzK-Variablen nicht bedeutsam mit anderen Gruppeneinteilungsfaktoren interagiert, läßt sich dies mehrfach in den BdK-Variablen beobachten, und zwar als Wechselwirkung AxB in BdK1 (Glob. subj.Kurerf.) und BdK4 (p jeweils $\leqslant .05$); GxAxB ($p \leqslant .05$), AxWxB ($p \leqslant .01$) und AxBxP ($p \leqslant .05$) in BdK3 (Zufr.m.erh.-u.kommun.förd.Bed.; eher verminderte Werte bei älteren, weiblichen, eher erhöhte Werte bei zusätzlich psychologisch behandelten Patienten, nahezu gleiche Werte aufgrund des Kurwiederholungsfaktors).

15.2.2 Fragebogen zur Erfassung subjektiver Krankheitskonzepte und Behandlungsvorstellungen KKB

Von Interesse - und Plausibilität - erscheint, daß die als vermehrt psychisch belastet eingeschätzten Patienten im Vergleich zu den als weniger und in mittlerem Ausmaß belastet eingeschätzten über alle drei Erhebungszeitpunkte hinweg das Krankheitskonzept "Seelische und psychosoziale Probleme und Psychotherapie" (KKB1, Haupteff. $p \leqslant .001$) mehr präferieren. Zeitweilig, zum Kurende, neigen sie vermehrt auch zu den Konzepten "Stress und Schonung" (KKB2) und "Belastende und unbefriedigende Arbeitssituation und Hilfe zur vermehrten Zufriedenheit" (KKB4) mit Haupteffekten von jeweils $p \leqslant .05$. Interaktionen des Belastungsratings ergeben sich zum 1. Termin in KKB2 als WxB (bei Wiederholern eher verringert, bei "Belasteten" eher erhöht), in KKB3 (Körperleid.u.Org.-Med.) als AxB (Altersgruppen gleich, Belastete etwas erhöht) und in KKB4 als WxB (bei Wiederholern tendenziell, "Belasteten" deutlich erhöht); zum 2. Termin als GxB in KKB1 und GxWxBxP in KKB3; zum 3. Termin schließlich als AxWxB in KKB4 (p jeweils $\leqslant .05$). Insgesamt gesehen wird deutlich, daß die als vermehrt psychisch belastet betrachteten Patienten auch eher psychosoziale Krankheitskonzepte bevorzugen, was sich insbesondere aufgrund der durchgängigen Haupteffekte in KKB1 und des zeitweiligen Haupteffekts in KKB4 annehmen läßt.

15.2.3 Fragebogen Hypochondrie und Gesundheitsverhalten HG

Das Belastungsrating begründet in diesem Variablenbereich einzig und allein in HG1 (Misstr.geg.Ärzte u.Therap.) einen Haupteffekt ($p \leqslant .05$), der höhere Mißtrauensausprägungen der als vermehrt belastet eingeschätzten Patienten (zum 3. Termin) anzeigt. Dagegen sind die Interaktionen mit den anderen Gruppeneinteilungsmerkmalen relativ häufig festzustellen: Zum 1. Termin in HG1 als GxWxB; zum 2. Termin in HG3 (Beacht.v.Krankh.anz.) als AxBxP ($p \leqslant .05$), in HG4 (Mißtr.geg.eig.Körp.) als AxBxP und WxBxP (p jeweils $\leqslant .05$); zum 3. Termin in HG1 als AxB ($p \leqslant .05$), GxAxB ($p \leqslant .001$),

GxWxB und AxWxB (p jeweils $\leqslant$ .05) sowie GxAWxB (p $\leqslant$ .001), außerdem in HG2 als GxB (p $\leqslant$ .01) GxAxB (p $\leqslant$ .001), AxWxB (p $\leqslant$ .05), GxAxWxB (p $\leqslant$ .001), in HG3 als GxAxB (p $\leqslant$ .05), sowie in HG4 als GxB, GxAxB (p jeweils $\leqslant$ .05). Diese Interaktionen (mit den bekannten, u.a. geschlechtsabhängigen Ausprägungen) zeigen, daß das Belastungsrating kaum als selbständige Variable sondern hauptsächlich in Verbindung mit anderen ("varianzträchtigen") Merkmalen zur Varianzaufklärung in den HG-Dimensionen beiträgt.

15.2.4 Freiburger Persönlichkeits-Inventar FPI und Buchinger Persönlichkeits-Inventar BPI

Die als sehr belastet angesehenen Patienten unterscheiden sich von den als weniger belastet angesehenen durch höhere Neurotizismuswerte (FPIN, Haupteff. p $\leqslant$ .05) zum Kurende, außerdem durch vermehrte Depressivität (BPI4) sowohl zum Kuranfang (Haupteff. p $\leqslant$ .05) als auch zum Kurende (Haupteff. p $\leqslant$ .001), zum 1. und 2. Untersuchungszeitpunkt auch durch erhöhte Nervosität und sexuelle Konflikthaftigkeit (BPI3 und BPI5, Haupteff. jeweils p $\leqslant$ .01). Interaktionen des Belastungsratings finden sich zu allen drei Zeitpunkten mit dem Geschlecht in den Skalen FPIE (Extrav., in dieser Skala zum 3. Termin auch als AxBxP-WW) sowie (zu 2 Zeitpunkten) im BPI1 und BPI5 (Geh., Int.) mit p von jeweils $\leqslant$ .05. In der Gehemmtheitsskala (BPI1) findet sich zum Kurende auch eine BxAxWxB- (p $\leqslant$ .05) und in der Aggressivitätsskala (FPI2) eine AxBxP-WW (p $\leqslant$ .01), in der Nervositätsskala (BPI3) zum Kuranfang eine AxB-, BxP- (p $\leqslant$ .05) und AxBxP- (p $\leqslant$ .01), zum Kurende eine AxBxP- neben einer WxBxP-WW (p $\leqslant$ .05). In diese Interaktionen gehen u.a. die bekannten geschlechtsspezifischen, außerdem die partiell positiveren Werte im Anschluß an die zusätzliche psychologische Behandlung ein.

15.2.5 Freiburger Beschwerdenliste FBL

In der verwendeten Skala "Allgemeinbefinden" der FBL kennzeichnen sich die als erhöht psychisch belastet betrachteten Patienten durch vermehrte Beschwerdenausprägungen, und zwar zum Kuranfang und Kurende (Haupteff. $p \leqslant .05$), wobei zum letztgenannten Termin eine WW mit dem P-Faktor auftritt (im Zusammenhang mit verminderten Beschwerden der zuästzlich psychologisch Behandelten). Diese Verhältnisse finden sich in der Katamnese nur noch tendenziell.

15.2.6 Adjektiv-Skalen zur Einschätzung der Stimmung SES

Zu allen drei Zeitpunkten erreichen die als besonders belastet angesehenen Patienten höhere Ausprägungen in SES4 ("Gedrückte Stimmung"); Haupteff. p zum 1. und 2. Termin $\leqslant .05$, zum 3. Termin $\leqslant .01$) und geben zu den ersten beiden Terminen eine verminderte "Gehobene Stimmung" (SES1; Haupteff. $p \leqslant .01$), zum Kuranfangstermin überdies eine verringerte "Aktiviertheit" (SES3; Haupteff. $p \leqslant .05$) an. Zu jedem der drei Termine weist das Belastungsrating etliche Wechselwirkungen mit anderen Faktoren auf, so zum 1. Termin die Interaktionen GxBxP, AxBxP und WxBxP in SES 2 (Misstr., $p \leqslant .001$), WxB, GxBxW ($p \leqslant .05$), GxBxP, AxBxP, WxBxP in SES 4 (Gedr.St., $p \leqslant .001$), GxP ($p \leqslant .05$), GxBxP ($p \leqslant .01$), AxBxP, WxBxP ($p \leqslant .001$) in SES5 (Trägh.) sowie WxB ($p \leqslant .05$) in SES6 (Müd.); zum 2. Termin die Interaktionen AxWxB ($p \leqslant .05$) in SES1, WxBxP ($p \leqslant .05$) in SES2, ebenso in SES3 ($p \leqslant .01$), ferner GxWxB ($p \leqslant .05$)in SES5, BxP, GxBxP ($p \leqslant .05$) und WxBxP ($p \leqslant .01$) in SES6; zum 3. Termin die Interaktionen AxB in SES2 und GxB in SES4 (p jeweils $\leqslant .05$).

15.2.7 Fragebogen zur Erfassung subjektiver psychosozialer Belastungen im Zusammenhang mit Ehe, Familie und Beruf BFB

Es ist von besonderem Interesse, inwieweit die Differenzen im Belastungsrating in Übereinstimmung mit den anhand des Fragebogens BFB gewonnenen Unterschieden stehen. Bedeutsame Haupteffekte ergeben sich für BFB3 (Unzufr.Arb. Koll,Bez.), und zwar sowohl zum Kuranfangs- und Kurendetermin (p jeweils $\leqslant$ .01), wie auch zum Katamnesetermin (p $\leqslant$ .05), außerdem für BFB1 (Bel.i.Z.m.Ehe) zu den letzten beiden Untersuchungsterminen (p $\leqslant$ .05 und p $\leqslant$ .01). Auch in den Korrelationen, die ja ohne die in der vorliegenden Varianzanalyse implizierten Konstanthaltungsoptionen allgemein für die gesamte Stichprobe der LVA-Patienten gewonnen wurden, finden sich Hinweise. So finden sich Korrelationen zu den genannten Variablen von BFB um .25 (p $\leqslant$ .001).

Von Bedeutung erscheint, daß Wechselwirkungen des Belastungsratings mit anderen Faktoren zum 1. Termin nicht und erst zum 2. und 3. Termin beobachtet werden können, und zwar in BFB1 als GxWxB- und GxBxP-Interaktion zum 3. Termin (p jeweils $\leqslant$ .05), in BFB2 (Überford.Arb.) als GxWxB- zum 2. und als AxWxB-Interaktion zum 3. Termin, in BFB3 als AxB- zum 2. und WxB- und GxAxWxB-Interaktion zum 3. Termin, schließlich in BFB4 als GxBxP-WW zum 2. Termin (p jeweils $\leqslant$ .05).

15.2.8 Einschätzung der Patienten durch den Gruppenarzt und die Gruppenbetreuerin (Arzt- und Betreuerin-Rating)

Was das Arzt- und Betreuerin-Rating betrifft, so ergibt sich nur für Arztr. 2 ("Psychosomatisch-psychovegetative Gestörtheit aus der Sicht des Gruppenarztes") ein bedeutsamer Haupteffekt (p $\leqslant$ .001), wobei die als psychisch und psychosozial erhöht belastet eingestuften Patienten als vermindert psychosomatisch gestört erscheinen (WWn als BxP, GxWxP mit p $\leqslant$ .05 und WxP mit p $\leqslant$ .01). Dieser Befund bedarf der weiteren Diskussion (vgl. 15.3).

15.2.9 Anamnestischer Erhebungsbogen, Katamnestischer Erhebungsbogen, Psychologisches Interview, medizinische Variablen

In diesen Variablenbereichen wird - wie oben erwähnt - mit Hilfe des Belastungsratings im Psychologischen Interview lediglich zwischen Patienten mit der Einschätzung als nicht bzw. wenig und in mittlerem Ausmaß belastet einerseits und als sehr belastet andererseits unterschieden. Eine solche Gruppeneinteilung erwies sich als besonders trennscharf, wie sich bereits in den Ausprägungen der Variablen aus den psychologischen Fragebogen abzeichnete (vgl. Tab. 27).

Für den Anamnestischen Erhebungsbogen ergibt sich zunächst der bereits erwähnte Geschlechtsunterschied: Frauen fallen mit größerer Häufigkeit in die Kategorie "sehr belastet" (Chi^2 p .019) als Männer. Unterschiede finden sich sodann in Bereichen des Berufslebens bis zur Zeit des Heilverfahrens und der Lebensgewohnheiten. Hinsichtlich des Berufslebens fällt auf, daß die einfachen Arbeiter vermehrt gegenüber den höhergestellten Arbeitnehmern als belastet angesehen werden (was sich in signifikanter Weise für die Gesamtpatientengruppe mit einem p .050, jedoch in nur noch insignifikanter Weise für die Geschlechtsgruppen ergibt). In gleicher Weise waren es als erhöht belastet eingestufte Patienten, die häufiger unmittelbar vor der Kur nicht berufstätig waren (Chi^2 p .026) als Patienten mit vergleichsweise niedrigeren Belastungswerten. In den Lebensgewohnheiten zeigt sich, daß die als vermehrt belastet eingeschätzten Patienten der Gesamt- und Männergruppe ihre Freizeit weniger durch körperliche Betätigung zu verbringen angeben (Chi^2 p .019 und .033) und sich nach dem Urlaub subjektiv weniger erholt fühlen (Chi^2 p .054 und .056). Außerdem ergibt sich, nun sowohl für die Gesamt- als auch für die Männer- und Frauengruppe (p-Werte in dieser Reihenfolge), daß sich als sehr belastet eingestufte Patienten nach dem Wochenende weniger gut erholt fühlen (Chi^2 p.000, .024, .014), morgens weniger gut ausgeschlafen fühlen (Chi^2 p .001, .055, .043) und vermehrt Schlafstörungen angeben (.000, .008, .018). "Belastete" in der Ge-

samt- und Männergruppe geben schließlich auch einen höheren Konsum an Schlaftabletten (Chi^2 p .001, .024) und Beruhigungstabletten an (Chi^2 p .000, .006).

Im Katamnestischen Erhebungsbogen setzen sich einige der Unterschiede aus dem Anamnestischen Erhebungsbogen fort. Für das gesamte wie auch männliche und weibliche Kurpatientenkollektiv ergibt sich weiterhin eine höhere Einnahme von Beruhigungsmitteln durch die als erhöht belastet eingeschätzten Personen; für die Gesamt- und Männergruppe zeichnen sich die entsprechenden Differenzen auch im Konsum von "sonstigen" Medikamenten (Chi^2 p .009 und .060) und für die Männergruppe in der Einnahme von Schlaftabletten (Chi^2 p .041) ab. Von den Personen, die eine neue Arbeitsstelle angetreten haben, geben die ehemals (zum Kuranfang) als vermehrt belastet eingestuften wiederum häufiger körperliche und äußere Belastungen am Arbeitsplatz an (Chi^2 p .049). Deutlich treten sodann Differenzen in den drei Auswertungsschritten (vgl. 14) zu den life events hervor. Die erste Auswertung auf lediglich Vorkommen oder Nichtvorkommen von Lebensereignissen bringt bereits eine vermehrte Nennung solcher Ereignisse durch die als vermehrt belast. angesehenen Angehörigen der Gesamt- und Männergruppe (Chi^2 p .006 und .056); die zweitgenannte Auswertung der "Ärger"- und "Belastungswerte" zu einzelnen Lebensbereichen unter Einschluß der Nullwerte (also auch der nicht vorgekommenen bzw. angegebenen Lebensereignisse) macht für den familiären und beruflichen Bereich (welche wegen ausreichender Besetzungshäufigkeiten in diese Auswertung als einzige Lebensbereiche einbezogen wurden) einige Unterschiede mit vermehrt negativen Angaben der "Belasteten" deutlich (Chi^2 p in der Reihenfolge für gesamtes, männliches und weibliches Kurpatientenkollektiv) - im familiären Bereich, hinsichtlich Ärger: .016, .189, .114, hinsichtlich Belastung: .037, .259, .211; im beruflichen Bereich hinsichtlich Ärger .050, .046, .492, hinsichtlich Belastung .012, .017, .347. Im Rahmen der drittgenannten Auswertungsprozedur, der G-A-W-B-P-Varianzanalyse ohne Einschluß der Nullwerte, begründet das Belastungsrating entsprechen-

de Haupteffekte auf den eben angegebenen Dimensionen (p zwischen $\leqslant$ .05 und $\leqslant$ .01). Schließlich ergeben sich für die als erhöht belastet eingeschätzten Personen weniger zuversichtliche Zukunftserwartungen hinsichtlich Gesundheit, Beruf (Haupteff. p $\leqslant$ .01) und Familie (Haupteff. p $\leqslant$ .05) bei einer WxB-WW für Beruf (p $\leqslant$ .05).

Was die Beibehaltung der auf der Kur erlernten oder empfohlenen gesundheitsförderlichen Verhaltensweisen betrifft, so ergibt sich für die als eher belastet eingeschätzten Befragten eine geringere Häufigkeit des Schwimmens (Chi^2 p .019) und eine verminderte Entspannungsdauer (Chi^2 p .012).

Im <u>Psychologischen Interview</u> unterscheiden sich die als sehr belastet eingeschätzten Patienten von den als unbelastet bis in mittlerem Ausmaß belastet eingestuften durch vermehrte Sorgen um ihre Familie (Haupteff. p $\leqslant$ .001, bei GxB-, GxAxW-, AxBxP- und GxAxWxP-WWn), ferner durch Selbstschilderungen in Richtung erhöhter Unzufriedenheit mit der eigenen Person und weniger positive Nutzeneinschätzung der psychologischen Untersuchungen (Haupteff. p jeweils $\leqslant$ .001). In den übrigen Untersuchereinschätzungen erhalten sie höhere Ausprägungen in Klagsamkeit (Haupteff. p $\leqslant$ .01), Mitteilsamkeit in bezug auf Soziales und Intimbereich sowie Ängstlichkeit (Haupteff. p jeweils $\leqslant$ .001) und geringere in Selbstexploration (Haupteff. p $\leqslant$ .001). In den bereits genannten drei Auswertungsansätzen (vgl.14) zu den life events in den beiden Kurvorjahren unterscheiden sich die beiden Gruppen (aus Gesamt- und Geschlechterkollektiven) klar durch unterschiedliches Vorkommen von Ereignis- (erste Auswertung) sowie durch höhere life-events-Anzahlen, wie auch Ärger- und Belastungseinstufungen im familiären und beruflichen, nicht aber gesundheitlichen, wirtschaftlichen und sonstigen Lebensbereich (Chi^2 p zwischen .05 und .001 im familiären Bereich für die GG, MG und FG, im berufsbezogenen Bereich für GG und MG). Neben diesen im Zuge der zweitgenannten Auswertung gefundenen Unterschieden ergaben sich in der dritten, varianzanalytischen Auswertung zu den subjektiven Ärger- und Belastungseinschätzungen

(G-A-W-B-P-Design) Haupteffekte des Belastungsratings für die Ereignisse im familiären und beruflichen Bereich (Haupteff. zwischen $<$ .05 und $<$ .01 , bei AxB-WW für Ärger im Berufsbereich)

In den medizinischen Variablen ergeben sich vom Belastungsrating her gesehen fast keine bedeutsamen Unterschiede. Immerhin findet sich - was sich tendenziell schon in den ersten beiden Erhebungszeitpunkten abgezeichnet hatte - in den Angaben zum Körpergewicht im Katamnestischen Erhebungsbogen ein "B"-Haupteffekt ($p < .05$, keine signif. WWn) mit geringeren Werten der als vermehrt belastet eingeschätzten Patienten.

15.3 Diskussion

Es erscheint zunächst plausibel, daß vermehrt als psychisch und psychosozial belastet eingeschätzte Kurpatienten im Vergleich zu den als weniger belastet angesehenen in erhöhtem Maße im Fragebogen EzK die Erwartung an die Kur nach Entlastung von alltäglichen Anforderungen, ferner nach Aussprache und zwischenmenschlichem Kontakt erwarten (EzK2). Daß sie andererseits weniger als diese an den, den klassischen Kneipp'schen Anwendungen verwandten, "natürlichen"Heilmaßnahmen (EzK3) interessiert sind, könnte möglicherweise einen Hinweis auf unterschiedliche Kurmotivationen und ggfs. für künftige differentielle Indikationsstellungen ergeben. Werden die Ergebnisse im Fragebogen BdK zum Vergleich mit denen im Fragebogen EzK herangezogen, so scheint sich, angesichts der erhöht positiven Angaben der "Belasteten" in dem unspezifisch auf psychologische Kurmaßnahmen bezogenen BdK4-Faktor eine gewisse Erfüllung ihrer bereits in EzK2 erhöhten Entlastungs- und Kontakt-Erwartungen anzuzeigen. Es ist auch weniger überraschend, daß die als erhöht belastet angesehenen Personen von den verschiedenen Krankheitskonzepten durchweg das eher psychosozial-psychotherapeutische Konzept (KKB1) "Psychische und psychosoziale Probleme und Psychotherapie" mehr als die

als weniger belastet gesehenen Patienten bevorzugen. In den "hypochondrischen" HG-Dimensionen scheint das eingeschätzte Belastungsausmaß indessen kaum einen Unterschied auszumachen, mit Ausnahme allerdings des zum Kurbeginn erhöhten "Mißtrauens gegen Ärzte und Therapien" (HG1). Der hier auftretende varianzanalytische Haupteffekt des Belastungsratings könnte bisherige ungünstige Erfahrungen mit Angehörigen medizinisch-therapeutischer Berufe, ggfs. i.S. von Enttäuschung über zu geringe Beachtung psychischer Probleme, wiederspiegeln. Allerdings ergeben sich die - hierzu interessierenden - signifikanten Korrelationen zwischen KKB1 und HG1 nicht schon zum Kuranfang sondern erst zum Kurende, ebenso zur Katamnese (vgl. Tab. 30).

Von Bedeutung erscheint auch, daß sich die mehr oder weniger als belastet eingeschätzten Patienten auch durch mehr oder weniger hohe Ausprägungen in der Neurotizismusskala des FPI und in den Skalen Depressivität, Nervosität und Intimbereich des BPI differenzieren lassen: Einmal deshalb, weil das Belastungsrating somit mit testpsychologisch gewonnenen Unterschieden in Phänomenen der Belastung und Störungsanfälligkeit konsistent erscheint. Zum anderen deutet sich an, daß sich die mit dem Belastungsrating erfassten Phänomene offenbar auf einer sowohl "psychoneurotisch" als auch einer "psychovegetativ bzw. psychosomatisch" relevanten Dimension anordnen lassen. Psychosomatische Auffälligkeiten sind ja explizit z.B. durch die BPI-Skala "Nervosität" (bzw. wie neuerdings benannt: "Psychovegetative Labilität") erfasst. Der deutlich gewordene doppelte Gesichtspunkt scheint auch im Hinblick auf die mit dem Belastungsrating übereinstimmenden Ausprägungen in den subjektiven Beschwerden (FBL) und in den Stimmungsskalen (SES) "Gedrückte Stimmung", "Gehobene Stimmung" und "Aktiviertheit" bedeutsam zu sein, mit denen ja Merkmale des somatischen und psychischen Befindens impliziert sind. Dies trifft auch für die Gesamtheit der - neben dem Belastungsrating - auf dem 1. Interviewfaktor ladenden Items zu (vgl. 13.2.3). Nicht zuletzt darf es als Hinweis auf die Validität des Belastungsratings

im Sinne eines Zugangs zu bestimmten subjektiven psychosozialen Belastungen angesehen werden, wenn sich seine Unterschiede in bedeutsamen Unterschieden in den auf die Ehe (BFB1, Termin 2 und 3) und die berufliche Unzufriedenheit (BFB3, alle drei Termine) bezogenen Variablen des BFB-Fragebogens reproduzieren. Wenn wir den oben genannten zweifachen Gesichtspunkt psychischer und psychosomatischer Belastung und Labilität, der offenbar in dem Rating impliziert ist, im Auge behalten, dann lassen sich auch die deutlichen Reproduktionen dieses Ratings in anamnestischen und katamnestischen Variablen wie Schlaf, vorherrschende Form der Freizeitgestaltung, Erholung, Konsum an Schlaf- und Beruhigungsmitteln, außerdem Zukunftserwartungen, einordnen. Dieser offenbar im Belastungsrating implizierte Doppelaspekt psychischer und somatisch-vegetativer Störungsanfälligkeit bestätigt sich auch in den auf allgemeinerer Basis und ohne Partialisierung anderer Faktoren gewonnenen Korrelationen. Die z.B. von DELIUS (1975a) beschriebene charakteristische Verzagtheit und Irritierbarkeit bei psychovegetativ gestörten Personen klingt hierbei offenbar an. Die Ergebnisse im Psychologischen Interview, insbesondere in den life events, in den "Sorgen um die Familie" usw. sprechen für sich selbst insofern, als sie ja wichtige Basisinformationen für das Rating darstellten.

Wird das Belastungsrating mit dem Arzt- und Betreuerinrating verglichen, dann erscheint es zunächst weniger überraschend, daß die auf den Kurerfolg bezogenen Einschätzungen des jeweiligen Gruppenarztes und der jeweiligen Betreuerin sich kaum in Abhängigkeit von dem im Interview eingeschätzten Belastungsausmaß darstellen. Probleme der Interpretation stellen sich durch die teilweise widersprüchlich erscheinende Beziehung zwischen dem Belastungsrating und der zweiten Variable des Arztratings, die etwas über psychosomatisch-psychovegetative Gestörtheit aus der Sicht des Gruppenarztes aussagt: Die vom Psychologen als vermehrt psychisch belastet angesehenen Patienten werden hierbei vom Arzt als vermindert psychosomatisch gestört angesehen. Voreilig könnte man sich zufrieden geben und die aus psycho-

dynamischen Konzepten zur Psychosomatik bekannte Hypothese bemühen, daß mit der Zunahme psychosomatischer Störungen und der mit ihnen zusammenhängenden besonders nachhaltigen Verdrängungsprozesse die bewußtseinsnäheren psychischen Konflikte vermindert auftreten (vgl. z.B. v. UEXKÜLL 1979b).Allerdings bleibt dann immer noch insoweit ein Widerspruch, als mit dem Belastungsrating im Psychologischen Interview eben auch psychosomatische Phänomene erfaßt werden. Ein Grund dafür könnte darin gesehen werden, daß der Aufforderungscharakter für die Arzt-Patient- sowie die Psychologe-Patient-Interaktion unterschiedlich ist. Vielleicht wird dadurch im ersten Fall für die Beteiligten eher eine Konzentrierung auf die körperlichen bzw. körpernahen Vorgänge und im zweiten Fall auf die psychischen und erlebnismäßigen Vorgänge nahegelegt. Daraus kann dann die Aussage des psychologischen Untersuchers im Hinblick vor allem auf die psychische Belastung abgeleitet werden, die freilich mit charakteristischen Symptomen psycho-vegetativer bzw. psycho-somatischer Gestörtheit einhergehen (z.B. somatische Denkweise, verminderte Selbstexploration)+. Dies würde dann aber nahelegen, daß der medizinische Untersucher seine "Indikatoren" in der Weise handhabt, daß ihm die durch seelische und zwischenmenschliche Belastungen auffälligen Patienten als eher nicht psychosomatisch und die somatisch, etwa durch Klagsamkeit und Beschwerdenbehaftetheit auffallenden Patienten als eher psychosomatisch gestört erscheinen, ohne daß dabei weitere Aspekte wie Verarbeitung u.ä. eingingen (immerhin baut das betreffende Arztr.2 ja nur auf der Einschätzung der Klagsamkeit und der Globaleinschätzung psychosomatischer Gestörtheit auf). In diese Richtung sprechen auch bestimmte Ergebnisse aus den Zusammenhangsanalysen. Z.B. finden sich bedeutsam negative Korrelationen von r knapp .20 zwischen Arztr.2 sowie familien- und berufsbezogenen Sorgen, auch familiären und berufsbezogenen life-event-Kennwerten des Psychologischen Interviews (vgl. Tab. 31).

+ Hierbei ist aber auch an mögliche Untergruppen mit eher "psychologischen" Krankheitskonzepten zu denken; vgl. 13.2.3

15.4 Zusammenfassung

Wir fragen danach, inwieweit das Rating hinsichtlich der unterschiedlichen psychischen und psychosozialen Belastung der einzelnen LVA-Patienten im Psychologischen Interview auch Unterschiede in anderen Variablenbereichen "ausmacht". Im Rahmen von simultan mehrfaktoriellen varianzanalytischen Auswertungen (G-A-W-B-P-Design) und Chi-Quadrat-Tests (jeweils für gesamtes männliches und weibliches Kurpatientenkollektiv) zeigt sich: Die als vermehrt ("sehr") belastet eingeschätzten Patienten kennzeichnen sich im Vergleich zu den als weniger ("nicht bzw. wenig" und "in mittlerem Ausmaß") belastet eingeschätzten Patienten durch eine höhere Entlastungs-, Aussprache- und Kommunikationsmotivation (EzK2), hingegen verminderte Erwartung "natürlicher Heilmaßnahmen" (EzK3), sodann durch eine vermehrt positive Bewertung psychologisch-kommunikativer Kurmaßnahmen (BdK4), wie die entsprechenden statistisch bedeutsamen Haupteffekte zeigen. Solche ergeben sich weiterhin in der Weise, daß die als vermehrt belasteten Kurgänger durchgängig, also an allen drei Untersuchungsterminen, das Krankheitskonzept "Psychische und psychosoziale Probleme und Psychotherapie" (KKB1) bevorzugen, zum 2. Termin auch die, auf Stress und Schonung sowie auf Arbeitssituation bezogenen Konzepte (KKB2, KKB4) präferieren. Im Fragebogen HG begründet das Belastungsrating nur einen bedeutsamen Haupteffekt, und zwar zum Kuranfang in HG1, wobei sich die vermehrt "belasteten" Patienten auch als vermehrt mißtrauisch gegenüber Ärzten und Therapien darstellen. Mehr oder weniger belastet gesehene Patienten unterscheiden sich auch bedeutsam durch dementsprechend mehr oder weniger hohe Werte in der Neurotizismusskala des FPI und in den Skalen "Depressivität", "Nervosität" und "Intimbereich" des BPI sowohl zum Kuranfangs- als auch Kurendetermin, ebenso - zu allen drei Terminen - in subjektiven Beschwerden (FBL) und in den SES-Variablen "Gedrückte Stimmung" (1.,2.,3. Termin), "Gehobene Stimmung" und"Mißstimmung" (1. und 2. Termin) sowie Aktiviertheit (1. Termin) mit mehr Beschwerden, eher

gedrückter, gereizter, wenig gehobener und vermindert aktivierter Verfassung der als vermehrt belastet eingestuften Patienten. Innerhalb des Arztratings erscheinen die eher als belastet betrachteten Personen allerdings als weniger psychosomatisch gestört.

Im Anamnestischen Erhebungsbogen zeigt sich, daß die erhöhte Belastung eher bei Frauen sowie einfachen Arbeitern vermutet wird. Im gleichsinnigen Verhältnis zu dem Belastungsrating ergeben sich Unterschiede in den Kennwerten zu Freizeit, Erholung nach Urlaub für das gesamte und männliche Kurpatientenkollektiv; zu Erholung nach Wochenende und Schlaf für die eben genannten beiden Gruppen wie auch für die weiblichen Patientengruppe. Der Medikamentenkonsum an Schlaf- und Beruhigungsmitteln ist in der Anamnese wie in der Katamnese für die "erhöht Belasteten" größer, und zwar unter Bezugnahme auf die gesamte wie die männliche Patientengruppe, auch sind - bei der Gesamtgruppe - Schwimmhäufigkeit und Entspannungsdauer verringert (Katamnese).

In der Bewertung der life events auf Ärger und Belastung hin (im Rahmen des Interviews) ergeben sich aufgrund des Belastungsratings plausible Haupteffekte, ebenso in dem "Sorgen um die Familie", der mangelnden Zufriedenheit mit der eigenen Person sowie in verschiedenen Variablen der Untersuchereinschätzung wie Klagsamkeit,Mitteilsamkeit, Ängstlichkeit und - mit geringeren Ausprägungen der "Belasteten" - in Selbstexploration. Die erwähnten life-event-bezogenen Unterschiede setzen sich auch im Rahmen der Katamnese für den familiären und beruflichen Bereich fort, wie signifikante Chi-Quadrat-Ergebnisse und Haupteffekte (in den verschiedenen Auswertungsverfahren) zum Bereich Familie und Beruf zeigen. Die als vermehrt belastet eingestuften Befragten geben hier auch mehr als die weniger belastet gerateten das Vorkommen von Lebensereignissen an, wie sie auch ihre Zukunft hinsichtlich Gesundheit, Beruf und Familie - verdeutlicht an bedeutsamen Haupteffekten - weniger zuversichtlich sehen. Die Ergebnisse werden im Hinblick auf Fragen der Validität und Ökonomie wie auch bezüglich offener Probleme, insbesondere im Verhältnis von Belastungsrating und Arztrating 2, diskutiert.

16 Ergebnisse zu Frage 4: Unterscheiden sich Patienten verschiedener Diagnosegruppen, insbesondere Patienten mit und ohne der Diagnose "Psychovegetatives Syndrom", in den verschiedenen Variablenbereichen?

Diese Frage zielt darauf ab, mögliche Unterschiede, insbesondere zwischen den durch die Ärzte der Kurklinik als psychovegetativ gestört oder anderweitig diagnostizierten Kurpatienten in den verschiedenen, vor allem psychologischen, Variablen zu ermitteln. Das Fernziel dazu könnte in diagnostisch-klassifikatorischen Entscheidungshilfen auf der Basis auch psychologischer Daten bestehen. Im Gegensatz zu diesen etwas anspruchsvoll wirkenden Vorstellungen können die an der vorliegenden Patientenstichprobe gegebenen Erkundungsmöglichkeiten nur recht bescheidene Ansprüche erfüllen. Der Hauptgrund dafür liegt in der Indikationsstellung der Buchinger Kurklinik eben für Patienten mit "Psychovegetativen Syndromen" und den damit verbundenen Präselektionen. Dementsprechend findet sich auch unter der weitaus größten Mehrheit des Kurpatientenkollektivs diese - durch die dortigen Ärzte erstellte - Hauptdiagnose (N=158 "Psychovegetatives Syndrom" zu N=22 anderen Diagnosestellungen). Angesichts dieser in indikatorisch-diagnostischer Hinsicht sehr ungleichen Stichprobenverteilung dürften auch die interindividuellen Differenzierungsmöglichkeiten bei einer entsprechenden Aufteilung des Kollektivs nach Patienten mit der Hauptdiagnose "Psychovegetatives Syndrom" auf der einen und mit anderen Hauptdiagnosen auf der anderen Seite begrenzt bleiben. Gleichwohl weist dann die zweite Gruppe eine Diagnosenheterogenität auf, wie die Übersicht in Tab. 1 zeigt.

Um dennoch zunächst einmal im Rahmen dieser eingeschränkten Möglichkeiten interindividuelle Differenzen in Abhängigkeit von der Diagnosestellung zu erkunden, wurden bezüglich der metrischen Variablen ein Mittelwertvergleich für die beiden Diagnosegruppen sowie eine mehrfaktorielle varianzanalytische Auswertung unter Kontrolle auch der Variablen des Geschlechts und der Altersgruppe gerechnet. Es fand sich aber kein signifikanter Unterschied, was freilich auch mit den

ungleichen Stichproben zusammenhängt. Immerhin aber traten tendenzielle Unterschiede auf, von denen z.B. etwas erhöhte Beschwerdenausprägungen (FBL) und Nervositätswerte im BPI bei den Patienten mit der Diagnose (Psychovegetatives Syndrom charakteristisch erscheinen. (Da sich keine signifikanten Ergebnisse zeigten, wird auf eine Tabellierung verzichtet.) Wie bei den anderen interindividuellen Unterschiedsanalysen, so wurden auch im vorliegenden Fall für die Variablen mit einfacherem Skalenniveau Chi-Quadrat-Tests gerechnet, und zwar, da sich die Diagnosestellung als eher unabhängig vom Geschlecht erweist, für das gesamte Kurpatientenkollektiv. Hierbei fanden sich nun allerdings einige signifikante p-Werte (vgl. Tab. 23), auf die noch eingegangen werden soll. Patienten mit der Diagnose Psychovegetatives Syndrom kennzeichnen sich hiernach im Vergleich zu Patienten mit anderen Hauptdiagnosen durch ein eher herabgesetztes Erholungsgefühl nach dem Wochenende (p .075) im Anamnestischen Erhebungsbogen sowie durch eine eher geringere Dauer des Wanderns (p .037) und verminderte Häufigkeit an Entspannungsübungen im Kurnachhalbjahr (Katemnese, p .047). Ebenso finden sich im Psychologischen Interview eher vermehrt geäußerte Sorgen um die Familie (p .045), erhöhte Werte in der Untersuchereinschätzung zu Klagsamkeit (p .064), Ängstlichkeit (p .029) und Belastung (p .029), nicht zuletzt auch eine Bewertung der eigenen Kindheit als eher streng (p .044) und eine häufigere "negativ"- und weniger häufige "positiv"-Kategorie zu den FE. Diese Unterschiede erscheinen konsistent mit den symptomatischen Beschreibungen von psychovegetativ gestörten Personen (z.B. DELIUS 1975a, JORES 1973, 1976) sowie mit den Annahmen über deren frühe Kindheitserfahrungen (JORES 1973).

Weitere interindividuelle Auswertungen, ebenso wie weitere darauf beruhende Interpretationen, dürften sich aufgrund der ungleichen und teilweise heterogenen Diagnosestichproben kaum rechtfertigen lassen.

Dementsprechend sollten die Ergebnisse weniger als eigentliche Bestätigung sondern eher als Basis zumindest zur Nichtverwerfung bzw. zur weiteren Beibehaltung der zu den diagnoseabhängigen Unterschieden formulierten Hypothese betrachtet werden. Diese Hypothese wird hier nochmals wiederholt: "Die Werte der Kurpatienten mit der Hauptdiagnose "Psychovegetatives Syndrom" in den Fragebögen FBL, SES und HG sind im Vergleich zu denen von Patienten mit einer anderen Hauptdiagnose zumindest tendenziell erhöht, während sich die erstgenannten in der Interviewsituation als bedeutsam klagsamer darstellen als die zweitgenannten."

17 Ergebnisse zu Frage 5: Lassen sich im interindividuellen Vergleich Unterschiede zwischen Patienten, die zum ersten Mal an einem Heilverfahren teilnehmen (Erstkurgänger) und Patienten, die zum wiederholten Mal an einem Heilverfahren teilnehmen (Kurwiederholer) auffinden?

17.1 Vorbemerkungen

Diese Frage betrifft u.a. das Problem, aufgrund welcher Bedingungen bestimmte Personen eine erneute Kur "brauchen". Zu ihrer "Beantwortung" werden, wie bei den bisherigen interindividuellen Unterschiedsanalysen, unter Berücksichtigung der Faktoren des Geschlechts, Alters usw., die möglichen Differenzen zwischen Erstkurgängern (N=106) und Kurwiederholern (N=71; 3 missing data), je nach anzunehmendem Skalenniveau anhand varianzanalytischer und auf Chi-Quadrat-Tests beruhender Auswertungen untersucht. In varianzanalytischer Hinsicht wird das (bereits im Zusammenhang mit den interindividuellen Unterschieden aufgrund des Belastungsratings ausgeführte) G-A-W-B-P Design zugrundegelegt. Dieses Design erlaubt in erheblichem Ausmaß die Überprüfung, inwieweit der Kurwiederholungsfaktor (W) neben anderen Faktoren noch interindividuelle Unterschiede begründet. In die einfachen Chi-Quadrat-Tests wird die Unterscheidung der Erstkurgänger und der Kurwiederholer unter Bezugnahme auf das gesamte Kurpatientenkollektiv getroffen, da sie sich zumindest vom Geschlecht und Alter als eher unabhängig erweist.

Zu beachten ist noch unsere Untersuchung zur Unterscheidung von Teilnehmern und Nichtteilnehmern an der katamnestischen Untersuchung, die bedeutsame Unterschiede aufgrund des eben genannten Einteilungsfaktors "Kurwiederholung" erbrachten. Von den Erstkurgängern sind es 67,9% (N=72) Teilnehmer und 32.1% (N=34) Nichtteilnehmer; hingegen kommen aus den Kurwiederholern 91.5% (N=65) Teilnehmer und 8,5% (N=6) Nichtteilnehmer (Chi^2 p .000). Die Kurwiederholer sind also zum 3. Erhebungszeitpunkt relativ stärker vertreten als zum 1. und 2. Erhebungszeitpunkt und die folgenden Aussagen sind, wenn es sich um Variablen von T3 handelt, mehr auf jene bezogen.

17.2 Darstellung interindividueller Unterschiede zwischen Erstkurgängern und Kurwiederholern in den einzelnen Variablenbereichen

17.2.1 Fragebogen Einstellung zur Kur EzK, Beurteilung der Kur BdK und katamnestische Beurteilung der Kur

Der Faktor der Kurwiederholung zeigt im Rahmen der mehrfaktoriellen Varianzanalyse (G,A,W,B,P) in EzK1 (Erw.befr. Ges.-Zust.) einen Haupteffekt ($p \leqslant .05$), wonach die zum ersten Mal am Heilverfahren teilnehmenden Patienten (N=106) höhere Ausprägungen als die Kurwiederholer (N=71) erkennen lassen. Wahrscheinlich ist dies ein Zeichen für eine vermehrt "realistische" Erwartung der "kurerfahrenen" Wiederholer. Dagegen ergeben sich im BdK nicht, ebenso in der katamnestischen Kurbeurteilung nicht, irgendwelche bedeutsamen Haupteffekte. WWn finden sich jeweils mit G,A und P in BdK2 (Zufr.med.Unt.Beh.) sowie als Dreiweg-WW mit A und B in BdK3 (Zufr.erh.- u.kommun.förd.Bed.), in welche u.a. keine nennenswerten Unterschiede zwischen Erstkurgängern und Kurwiederholern bei leichten Unterschieden durch die anderen Faktoren eingehen.

17.2.2 Fragebogen zur Erfassung subjektiver Krankheitskonzepte und Behandlungsvorstellungen KKB

Innerhalb der KKB-Variablen unterscheiden sich die Kurwiederholer von den Erstkurgängern durch ihre geringeren Werte im Konzept "Stress und Schonung" (KKB2), und zwar zum Kurende (Haupteff. $p \leqslant .05$) sowie durch ihre erhöhten Messwerte in der Annahme, die eigenen Beschwerden seien durch eine belastende und unbefriedigende Arbeitssituation bedingt und eine adäquate Behandlung bestehe in darauf bezogenen Hilfen zur vermehrten Zufriedenheit (KKB4, Haupteff. $p \leqslant .05$). WWn ergeben sich in der gerade genannten KKB4-Variablen als WxB zum Kuranfangstermin, außerdem in KKB2 als GxAxW sowie in KKB3 als GxWxBxP und nochmals zum Kurende in KKB4, und zwar als AxWxB (p jeweils $\leqslant .05$).

17.2.3 Fragebogen Hypochondrie und Gesundheitsverhalten HG

Kurwiederholer unterscheiden sich von Nicht-Wiederholern darin, daß die ersteren zum Kuranfangstermin höhere Ausprägungen auf der Dimension HG2 (Risikovermeid.) aufweisen (Haupteff. $p < .01$). In HG1 (Mißtr. geg. Arzte u. Therap.) finden sich die WWn GxWxB zum 1. und 3. Termin ($p < .05$), zum letztgenannten auch die Interaktionen GxW, AxW ($p < .05$), GxAxW ($p < .001$), GxWxP ($p < .01$), AxWxB ($p < .05$) und GxAxWxB ($p < .001$); in HG2 die WW GxWxP ($p < .05$) zum 1. Termin sowie die WWn GxAxW, GxWxB ($p < .001$), AxWxB ($p < .05$), GxAxWxB ($p < .001$) zum 3. Termin; schließlich in HG3 (Beacht.v.Krankh.anz.) die Interaktion GxWxP ($p < .05$) zum Kuranfang, außerdem in HG4 (Mißtr.geg.eig.Körp.) die WW WxBxP zum 2. und GxAxW (p jeweils $< .05$) zum 3. Termin.

17.2.4 Freiburger Persönlichkeits-Inventar FPI und Buchinger Persönlichkeits-Inventar BPI

Hier erbringt der Faktor W keine signifikanten Haupteffekte, er weist nur WWn auf: In FPI2 (Aggress.) als AxW ($p < .05$) zum Kuranfang, in BPI3 (Nerv.) als WxP ($p < .01$) und in BPI6 (Lüg.) als AxW ($p < .05$) zum Kuranfang. Zum Kurende zeigen sich die WWn GxAxWxB in der Gehemmtheits-, AxWxB in der Erregbarkeits-, WxBxP in der Depressivitäts- und GxW in der Intimbereichskala (BPI1, 2, 3, 4, 5 mit p jeweils $< .05$).

17.2.5 Freiburger Beschwerdenliste FBL

Auffällig ist, daß die Beschwerdenausprägungen der Kurwiederholer bedeutsam geringer sind als die der Erstkurgänger (Haupteff. $p < .05$), ein Effekt, der zum Kuranfang signifikant, zum Kurende- und Katamnesetermin aber nicht mehr signifikant ist, ja sogar zum letzteren umgekehrte Verhältnisse anzeigt.

17.2.6 Adjektivskalen zur Einschätzung der Stimmung SES

Einzig und allein in der Skala 5 "Trägheit" ergibt sich ein signifikanter Haupteffekt ($p \leqslant .05$) mit höheren Werten der Kurwiederholer. Ähnlich wie bei HG, FPI und BPI finden sich etliche Interaktionen; zum Kuranfang: AxW ($p < .05$) in SES1 (Geh.St.), WxBxP ($p \leqslant .001$), in SES2 (Mißtr.), GxWxP und AxWxP ($p \leqslant .05$) in SES3 (Akt.), WxP ($p \leqslant .001$), WxB ($p \leqslant .05$), WxBxP ($p \leqslant .001$) in SES4 (Gedr.St.), WxBxP ($p \leqslant .001$) in SES5 (Trägh.), WxP und WxB in SES6 (Müd.), AxWxB in SES7 (Ausg.St.) bei $p \leqslant .05$; zum Kurende: AxWxB, GxAxWxP ($p \leqslant .05$) in SES1, WxP, WxBxP ($p \leqslant .05$) in SES2, WxBxP ($p \leqslant .01$) in SES3, GxWxB in SES5 ($p \leqslant .05$), GxAxW ($p \leqslant .05$) und WxBxP ($p \leqslant .01$) in SES6; zum Katamnesetermin schließlich GxW in SES3 und WxP in SES4 (p jeweils $\leqslant .05$).

17.2.7 Fragebogen zur Erfassung subjektiver psychosozialer Belastungen im Zusammenhang mit Ehe, Familie und Beruf BFB

In den BFB-Variablen ergeben sich aufgrund des W-Faktors keine bedeutsamen Haupteffekte; es lassen sich lediglich wieder verschiedene WWn beobachten: zum 1. Termin nur in BFB4 (Bel.i.Z.m.Ki.) als GxAxW ($p \leqslant .05$); zum 2. Termin in BFB1 (Bel.i.Z.m.Ehe) und BFB2 (Überford.Arb.) als GxWxB (und in BFB2 auch als AxWxB) mit p von jeweils $\leqslant .05$; in BFB4 wieder als GxAxB sowie als GxWxB (p jeweils $\leqslant .05$); zum 3. Termin schließlich in BFB2 als GxWxB, in BFB3 als WxB und WxP sowie GxAxWxB (p jeweils $\leqslant .05$).

17.2.8 Einschätzung der Patienten durch den Gruppenarzt und die Gruppenbetreuerin (Arzt- und Betreuerin-Rating)

Im Betreuerin-Rating ergibt sich ein bedeutsamer Haupteffekt ($p \leqslant .001$): Kurwiederholer werden weniger günstig als Erstkurgänger eingeschätzt (tendenziell zeigt sich dies auch im inhaltlich ähnlichen Arztr.1, während im Arztr. 2 nahezu unterschiedslose Ausprägungen bestehen).

17.2.9 Anamnestischer Erhebungsbogen, Katamnestischer Erhebungsbogen, Psychologisches Interview, medizinische Variablen

Erstkurgänger und Kurwiederholer unterscheiden sich nur in wenigen dieser Datenbereiche, die aber inhaltlich bemerkenswert erscheinen (die in qualitativ bzw. dichotom gestuften Variablen aufzufindenden wenigen Unterschiede werden daher hier explizit, ohne Tabellierung, aufgeführt, während die varianzanalytisch ermittelten Unterschiede aus dem gekannten G-A-W-B-P-Design hervorgehen). Zunächst sind im Anamnestischen Erhebungsbogen Unterschiede in der Zahl der Kinder festzustellen: Während von den Erstkurgängern 12,4% keine, 65,7% 1 und 21,9% 2 und mehr Kinder haben, liegen die entsprechenden Werte bei den Kurwiederholern bei 21,4, 47,1 und 31,4% (Chi^2 $p \leqslant .047$). Kurwiederholer haben also häufiger keine oder 2 und mehr Kinder.

Nicht mehr ganz signifikant (Chi^2 p .061), jedoch erwähnenswert ist, daß Kurwiederholer als Grund für Arbeitsplatzwechsel die "zu schwere" Arbeit häufiger angeben als Erstkurgänger (in dieser Reihenfolge 49,2%-N=31- und 33,0%-N=31- "Ja" gegen 50,8%-N=32- und 77,0%-N=63- "Nein").

Auch befanden sich die Kurwiederholer schon häufiger im Krankenhaus (Haupteff. $p \leqslant .01$). Bemerkenswert sind auch die wenigen Unterschiede im Katamnestischen Erhebungsbogen. Von den Erstkurgängern waren im Halbjahr nach der Kur 86,1% (N=62) o mal, 12,5% (N=9) 1 mal und 1,4% (N=1) 2mal krank gemeldet, während die betreffenden Werte für die Kurwiederholer bei 72,3% (N=47), 18,5% (N=12) und 9,2% (N=6) liegen (Chi^2 p .057 , Haupteff. $p \leqslant .05$ bei einer WxP-WW mit geringerer Krankmeldungshäufigkeit der zusätzlich psychologisch Behandelten; Einschränkung der Interpretation wegen schiefer Verteilung). Sehr ähnliche Verhältnisse ergeben sich für die Dauer der krankheitsbedingten Fehlzeiten im Nachkurhalbjahr. An erster Stelle wird - in Wochen (W) - die Dauer für die Erstkurgänger und an zweiter Stelle für die Kurwiederholer angegeben: 0W.: 84,6% (N=61) - 72,3% (N =47); 1W.: 8,3% (N=6) - 1,5% (N=1); 2W.: 1,4% (N=1) - 15,4% (N=10); 3W.: 1,4% (N=1) - 3,2% (N=2); 4,6,7W.: jeweils

1,4% (N=1) - 1,5 % (N=1), 8,12,16W. jeweils: 0% (N=0) - 1,5% (N=1); 28 : 1,4% (N=1) - 0% (Chi^2 p .052).

Nicht zuletzt werden von den Kurwiederholern vermehrt und mit erhöhter subjektiv erlebter Belastungs- und Ärgerwirkung life events angegeben, und zwar für den familiären Bereich, wie die zweitgenannte Auswertungsstrategie zu den life events (vgl. 14) ergab und wie die folgende Aufstellung zeigt.

		Er. Fam.	
		Erstkurg.	Kurwiederh.
nicht vorgek.	0	63 (85,1%)	48 (76,2%)
erfreul.,angen.	1	1 (1,4%)	3 (4,6%)
	2	2 (2,8%)	1 (1,5%)
	3	1 (1,4%)	1 (1,5%)
	4	3 (4,0%)	1 (1,5%)
ärgerl.,unang.	5	4 (5,4%)	10 (15,4%)
		Chi^2 p .008	
nicht vorgek.	0	63 (85,1%)	48 (76,2%)
nicht belastend	1	2 (2,8%)	5 (7,7%)
	2	0 (0 %)	0 (0 %)
	3	2 (2,8%)	1 (1,5%)
	4	2 (2,8%)	0 (0 %)
sehr belastend	5	5 (6,8%)	11 (16,9%)
		Chi^2 p.005	

Im Gegensatz dazu ist aber die Gesamtheit von Lebensereignissen (unabhängig vom einzelnen Lebensbereich daraufhin überprüft, ob vorgekommen oder nicht vorgekommen), im Nachkurhalbjahr für die Kurwiederholer eher verringert (71,5% Vorkommnisse bei Erstkurgängern gegen 52,3% Vorkommnisse bei Kurwiederholern, Chi^2 p .010).

Werden die Ergebnisse im <u>Psychologischen Interview</u> auf Unterschiede zwischen Erstkurgängern und Kurwiederholern hin überprüft, so ist - im Zusammenhang mit den eben genannten katamnestischen Befunden - zunächst einmal bemerkenswert, daß sich auch hier schon gewisse Differenzen in den life events (im Zeitraum der letzten 2 Jahre vor der Kur) abzeichnen. In der zweiten der dazu angestellten Berechnungsprozeduren, dem Chi^2-Test zu den einzelnen Lebensbereichen unter Einschluß der Nullwerte, kennzeichnen sich Kurwiederholer durch erhöhte life-event-Häufigkeiten mit subjektiv

stärkerer Ärger- und Belastungwirkung im beruflichen Bereich (Werte jeweils für Belastungswirkung Erstkurg. zu Kurwiederhol.: 0: N=78-75,4%- zu N=33-48,5%-,1: N=4-3,9% zu N=2-2,9%-, 2: N=2-1,9%- zu N=3-4,4%-, 3: N=1-1,0%- zu N= 3-4,4%-, 4: N=5-4,9%- zu N=7-10,3%-, 5: N=13-12,6%- zu 20-29,4%-; Chi^2 p .008, zur Ärgerwirkung ähnlich, p .003); in der ersten Berechnung daraufhin, ob Lebensereignisse über die verschiedenen Bereiche hinweg vorkamen oder nicht vorkamen, finden sich ebenfalls höhere Werte der Wiederholer (keine Vorkommnisse für Erstkurg. N=29-27,4%- für Kurwiederh. N=8-11,3%- Vorkommnisse für Erstkurgänger N=77-72,6%- und für Kurwiederholer N=63-88,7%- (Chi^2 p .017); in der dritten Berechnung varianzanalytischer Art schließlich, die ohne Einschluß der Nullwerte zu den einzelnen Lebensbereichen durchgeführt wurde, ergibt sich aufgrund des "W"-Faktors ein bedeutsamer Haupteffekt ($p \leqslant .001$), wonach Kurwiederholer die Ereignisse im beruflichen Bereich als unangenehmer und unerfreulicher als die Erstkurgänger bewerten.

Darüber hinaus erscheinen die Kurwiederholer im Psychologischen Interview vermehrt "eigeninitiativ" (Haupteff. $p \leqslant .05$) und in der Untersuchereinschätzung erhalten sie höhere Klagsamkeitswerte (Haupteff. $p \leqslant .05$, bei einer GxAxWxB-WW). In ihren Kindheitserinnerungen lassen sie im Vergleich zu Erstkurgängern häufiger das Thema "Aktivität" anklingen (N=31-47%- zu N=24-25,5%; Chi^2 p .018).

In der G-A-W-B-P-Varianzanalyse der (metrischen) <u>medizinischen Variablen</u> ergeben sich zwei signifikante Haupteffekte, wonach Kurwiederholer geringere Triglyceridewerte ($p \leqslant .01$) und Leukozytenwerte ($p \leqslant .05$) als Erstkurgänger haben.

17.3 Diskussion

Was zunächst die Unterschiede zwischen Erstkurgängern und Kurwiederholern in dem Fragebogen EzK betrifft, so fällt die eher verminderte Erwartung der zweitgenannten hinsichtlich der Wiederherstellung eines befriedigenden Gesundheitszustands (EzK1) auf. Möglicherweise spiegeln sich darin frühere Erfahrungen, die eine "realistische" Einschätzung begünstigen, wieder. Darüber hinaus fallen aber noch weitere Charakteristiken der Wiederholer auf, die vielleicht etwas über die Verarbeitungsweisen dieser Patienten im Hinblick auf die eigene Gesundheit und auf belastende Umgebungssituationen, nicht zuletzt auch über deren Kurerfolg, jeweils im Vergleich zu den Erstkurgängern, aussagen.

Die signifikanten Haupteffekte in den Krankheitskonzepten "Stress und Schonung" (KKB2) mit eher verminderten und "Belastende und unbefriedigende Arbeitssituation und Hilfe zur vermehrten Zufriedenheit" (KKB4) mit eher erhöhten Werten der Kurwiederholer, und zwar zum Kurende, erwecken den Eindruck, als ob diese angesichts ihrer Rückkehr in die gewohnte Umgebung betont auf subjektiv belastende Momente ihrer Arbeitssituation "hinweisen" würden. Bereits im Psychologischen Interview fiel auch auf, daß sie vermehrt unangenehm-ärgerliche und belastende life events im beruflichen Bereich angaben. Allerdings äußern sich die eben genannten Unterschiede nicht durchgängig bzw. nicht, wenn - wie in den Belastungsskalen des BFB - relativ direkt nach etwa arbeitsbezogenen Belastungen gefragt wird. Ähnlich erscheinen die Verhältnisse in den Fragebogen FBL und HG: Kurwiederholer äußern - zum Kuranfang - in geringerem Ausmaß Beschwerden (FBL) als Erstkurgänger, bringen gleichwohl eine erhöhte Tendenz zur Risikovermeidung (HG2) zum Ausdruck. Es ist hierbei besonders zu berücksichtigen, daß die Kennzeichnung der Kurwiederholer nur jeweils im Vergleich zu den Erstkurgängern geschieht. Insofern bedeutet der zum Kurende in der FBL nicht mehr auftretende Haupteffekt eine gewisse Bestätigung der aus früheren Studien zum Kurverlauf, z.B. von SIEGRIST (1971), bekannten erhöh-

ten Beschwerdenverbesserung bei den Patienten mit anfänglich auch erhöhten entsprechenden Befindensstörungen. Gleichwohl, es bleibt die erhöht sorgsam-schonende Bemühung um körperliche Integrität zum Kuranfang und die vermehrte arbeitsbezogene Befindens-Attribuierung der Wiederholer zum Kurende. Berücksichtigen wir nun noch das Ergebnis, daß sich diese Patienten im Interview als eher eigeninitiativ hinsichtlich der Heilverfahrensingangsetzung darstellen und in den Kategorisierungen zu ihren FE das Thema Aktivität bedeutsam häufiger anklingt, dann dürfte deutlich werden, daß sie zumindest im Hinblick auf das medizinische Versorgungssystem über Verhaltensmöglichkeiten, um Einfluß zu nehmen, verfügen. Nicht zu übersehen ist darüber hinaus, daß die Kurwiederholer in den medizinischen Labordaten weniger auffällig sind, daß aber die Häufigkeit und Dauer ihrer Krankheitszeiten im Kurnachhalbjahr erhöht sind. Gleichzeitig geben sie für diese Zeit eher weniger life events als die Erstkurgänger an. Anzahl und Ärger- wie Belastungswirkung der life events sind aber für den familiären Bereich höher als bei den Erstkurgängern. Insgesamt betrachtet scheinen sich unter Kurwiederholern häufiger Personen zu finden, die vor dem Heilverfahren stärker mit ärgerlich-unangenehmen und belastenden Ereignissen im beruflichen Bereich konfrontiert sind, ohne in diesem Zusammenhang eine bewußte vermehrte psychische Belastung wahrzunehmen bzw. zu äußern. In ihren Selbstschilderungen ist ihnen eine etwas besorgt-unsichere Haltung hinsichtlich ihrer gesundheitlichen Verfassung näher.

Im Hinblick auf Veränderungen in Häufigkeit und Dauer krankheitsbedingter Fehlzeiten scheinen sie weniger von einer Heilmaßnahme zu profitieren. Weitere Anhaltspunkte dazu kann die Regressionsberechnung hinsichtlich der Veränderung in bestimmten kurerfolgsrelevanten Variablen erbringen. Nicht zuletzt kann im Zuge weiterer Auswertungen auch die Bedeutung der Nebendiagnosen (in der Hauptdiagnose findet sich bei der dichotomisierten Gegenüberstellung von Patienten mit und ohne Hauptdiagnose "Psychovegetative Syndrome" kein be-

deutsamer Unterschied) berücksichtigt werden, was aber im Rahmen der vorliegenden Arbeit noch nicht erfolgt.

Schließlich fällt noch die höhere Teilnehmerquote der Wiederholer an der Halbjahreskatamnese auf. Vielleicht ist sie ein Hinweis auf die größere Bereitschaft, "psychologische" Erwartungen an den Kurpatienten zu erfüllen.

17.4 Zusammenfassung

Wie die interindividuellen Unterschiedsanalysen anhand der Unterscheidung von Patienten, die zum ersten Male an einem Heilverfahren teilnehmen (Erstkurgänger) und Patienten, die zum wiederholten Male an einem Heilverfahren teilnehmen (Kurwiederholer) im Rahmen von varianzanalytischen Auswertungen (mit statistisch bedeutsamen Haupteffekten des Kurwiederholungsfaktors W im Rahmen eines G-A-W-B-P-Designs) und Chi-Quadrat-Test-Prüfungen (mit signifikanten Kreuztabellierungen) ergeben, äußern die Kurwiederholer im Vergleich zu den Erstkurgängern zu Beginn des Heilverfahrens vermindert die Erwartung nach der Wiederherstellung eines befriedigenden Gesundheitszustandes (EzK1),geben ebenso, in den ersten Terminen (nicht zum Katamnesetermin) in vermindertem Ausmaß subjektive Beschwerden (FBL) an, tendieren aber in höherem Maße zur "Risikovermeidung bezüglich körperlicher Gefährdung" (HG2) und beschreiben ihr Befinden als vermehrt "träge" (SES5). Zum Kurende präferieren sie bedeutsam weniger das Konzept "Stress und Schonung" (KKB2), hingegen vermehrt das Konzept "Belastende und unbefriedigende Arbeitssituation und Hilfe zur"Vermehrten Zufriedenheit" (KKB4). Im Anamnestischen Erhebungsbogen geben sie eine größere Zahl von Krankenhausaufenthalten als Erstkurgänger an, wie sie in den Gründen für eventuelle Arbeitsstellenwechsel im bisherigen Berufsleben häufiger die "zu schwere" Arbeit nennen. Im Psychologischen Interview schildern die zum wiederholten Male am Heilverfahren teilnehmenden Patienten vermehrt ärgerlich-unangenehme und belastende life events im beruflichen Bereich, wie überhaupt

mit einer größeren Häufigkeit das Vorkommen besonderer Lebensereignisse als die zum ersten Mal zur Kur weilenden Patienten. Hinsichtlich der Ingangsetzung des Heilverfahrens scheinen die Kurwiederholer vermehrt eigeninitiativ; in ihren Kindheitserinnerungen klingt häufiger das Thema Aktivität an und vom Untersucher werden sie als klagsamer eingeschätzt. Aus der Sicht der Gruppenbetreuerinnen erreichen Kurwiederholer im Vergleich zu Erstkurgängern einen weniger positiven Kurerfolg. In den medizinischen Kennwerten fallen unter anderem verringerte Triglyceridewerte der Kurwiederholer auf. In der Halbjahreskatamnese, an der die Kurwiederholer häufiger teilnehmen, erscheint bei ihnen das Vorkommen von Lebensereignissen insgesamt zwar verringert, jedoch im familiären Bereich erhöht, wie auch die darauf bezogenen Arger- und Belastungseinschätzungen erhöht sind; nicht zuletzt sind die Kurwiederholer im Kurnachhalbjahr häufiger und länger krankgemeldet als Erstkurgänger.

18 Ergebnisse zu Frage 6: Ergeben sich unterschiedliche Variablenausprägungen in Abhängigkeit von Unterschieden in den familiären und beruflichen Bedingungen der Patienten (wie etwa Familienstand, Kinderzahl, Berufsausbildung und Berufstätigkeit)?

18.1 Vorbemerkungen

Was den Familienstand (F) betrifft, so wurde zwischen Alleinstehenden (Ledigen, Geschiedenen) einerseits und Verheirateten andererseits (N=28 und N=152) unterschieden. Außerdem wurde die Kinderzahl zur weiteren Bestimmung der familiären Bedingungen herangezogen, wobei zunächst die Stichprobeneinteilung nach Patienten mit keinen Kindern (N=29), mit 1 Kind (N=102) sowie mit 2 und mehr Kindern (N=45) getroffen wurde. Varianzanalytische Auswertungen zu den psychologischen Fragebogenvariablen auf der Basis dieser Abstufung ergaben aber in den meisten Fällen Unterschiede (in den Abweichungen von dem jeweiligen Gesamtmittelwert) zwischen Personen mit 0 und 1 Kind einerseits und $\geq$ 2 Kindern andererseits. So wurden die Varianzanalysen nochmals auf der Basis der Abstufung nach 0 und 1 Kind und $\geq$ 2 Kindern gerechnet. In Familienstand und Kinderzahl unterscheiden sich die Geschlechts- und Altersgruppen nicht bedeutsam (vgl. Tab. 31), so daß auf dementsprechende weitere Unterteilungen in den einfachen Prüfverfahren (Chi-Quadrat-Test) verzichtet werden konnte.

Zu den beruflichen Bedingungen konnten wir nur teilweise auf schichtenspezifische Einteilungskriterien rekurieren (vgl. z.B. BOLTE u.a. 1975), zumal der größte Teil der LVA-Patientenstichprobe der Unterschicht zugeordnet werden dürfte. Von Interesse und von gleichzeitiger Übereinstimmung mit den schichtendifferenzierenden sozioökonomischen Merkmalen erschien uns eine Aufteilung einmal nach vorhandenem (N=111) bzw. nicht vorhandenem (N=67) Berufsausbildungsabschluß (BA) und zum anderen nach der Art der beruflichen Tätigkeit (BT). Die Aufteilung der letztgenannten wurde in Anlehnung an die Klassifikation des FPI (vgl.

FAHRENBERG u.a. 1978a) und eine sehr ähnliche Einteilung von v.FERBER (1972) vorgenommen, wobei folgende drei Gruppenbildungen angemessen erschienen. 1. Einfache Arbeiter (N=85), 2. Spezial- und Facharbeiter (N=65), 3. Vorarbeiter, Meister, Beamte, Angestellte, Selbständige (N=24). Die dritte Gruppe umfasst die"beruflich Höhergestellten", die, obwohl sie teilweise aus aufgestiegenen ehemaligen Arbeitern besteht, vermutlich heterogener als die beiden ersten Gruppen zusammengesetzt sein dürfte. Unter den Frauen finden sich noch N=3 Angaben "Hausfrau" und N=1 Angabe "ohne Beruf". Diese kleine Gruppe wird als N=4 bei einfachen statistischen Überprüfungen, insbesondere Chi-Quadrat-Tests, soweit sie auf die Gruppe der weiblichen Patienten bezogen sind, berücksichtigt, bei den differenzierteren, insbesondere varianzanalytischen sowie auf die Gesamtstichprobe gerichteten Auswertungen - soweit nach beruflicher Tätigkeit (BT) eingeteilt wird - nicht aufgenommen, da sie sehr klein ist und sich schwerer in die übrigen Tätigkeiten i.S. einer zunehmenden Komplexität einordnen läßt. Da diese vier Personen in den medizinischen Untersuchungen der Kurklinik Auffälligkeiten zeigten, wurden sie in die Auswertung der medizinischen Daten der Gesamtgruppe einbezogen.

Sowohl Berufsausbildungsabschluß wie auch Berufstätigkeit verteilen sich unterschiedlich auf die Geschlechter (vgl. Tab. 23), so daß die entsprechenden Stichprobeneinteilungen bei statistischen Verfahren ohne Konstanthaltung von "Effekten" jeweils anderer "Faktoren" für das gesamte Kurpatientenkollektiv wie auch geschlechtsspezifisch erfolgen (im letztgenannten Fall werden bei den Frauen Facharbeiterinnen und beruflich Höhergestellte zu einer Gruppe zusammengefaßt), sich aber bei Verfahren mit solchen Partialisierungsoptionen (wie z.B. Varianzanalyse und später Regressionsanalyse) erübrigen. D.h., in diesem Falle wird das gesamte N einbezogen.

Zur Klärung interindividueller Unterschiede in Abhängigkeit von Familienstand und Kinderzahl wurden sodann Varianzana-

lysen zu den metrischen Variablenausprägungen anhand (der oben verdeutlichten Abstufungen) folgender Faktoren durchgeführt: Geschlecht (G), Altersgruppe (A), Familienstand (F), Kinderzahl (Ki), Zusätzliche psychologische Behandlung (P) (G-A-F-Ki-P). Die Unterschiede aufgrund von Unterschieden im sozioökonomischen Status wurden anhand eines G-A-BA-BT-P-Designs untersucht. Die Ergebnisse werden nun in drei Schritten erstens für psychologische Fragebogen, zweitens für Anamnese-, Katamnese- und Interviewdaten und drittens für medizinische Kennwerte dargestellt und abschließend gemeinsam diskutiert und zusammengefaßt. Soweit innerhalb der Variablen eines Fragebogens bedeutsame Haupteffekte auftraten, wurden die Ergebnisse für den gesamten Fragebogen und - soweit Wiederholungsmessungen vorliegen - für alle Erhebungstermine in das Tabellenmaterial im Anhnag aufgenommen. Ergeben sich hingegen innerhalb der Variablen eines Fragebogens zu keinem Termin bedeutsame Haupteffekte, so wird in diesem Fall aus raumökonomischen Gründen auf eine weitere Tabellierung verzichtet.

Es sei noch darauf hingewiesen, daß in den im vorliegenden Abschnitt verwendeten Merkmalen keine bedeutsamen Unterschiede zwischen Teilnehmern und Nichtteilnehmern der Katamnestischen Untersuchung auftreten, mit Ausnahme der Kinderzahl, bei der sich die erwähnte etwas geringere Teilnahmequote der Befragten mit 1 Kind ergab (vgl. 12 und Tab. 24).

18.2 Darstellung interindividueller Unterschiede aufgrund unterschiedlicher familiärer und beruflicher Bedingungen

18.2.1 Psychologische Fragebogen

Familienstand und Kinderzahl begründen nur in subjektiven Bewertungen gegenüber den Heilmaßnahmen, wie sie von dem Fragebogen BdK (und der katamnestischen Kurbeurteilung) erfasst werden, sowie in den durch den Fragebogen BFB definierten subjektiven psychosozialen Belastungen Haupteffekte, bei BFB wird wegen der Beschränkung auf Verheiratete

auf den F-Faktor verzichtet (vgl. Tab. 28). Dabei ist auffallend, daß Personen mit $\geq$ 2 Kindern in BdK1 (Glob. subj.Kurerf.) und BdK3 (Zufr.m.erhol.-u.kommun.-förd.Bed.) positivere Bewertungen abgeben als jene mit keinem oder einem Kind (Haupteff. p jeweils $\leq$ .05), ohne daß sich allerdings ein entsprechender bedeutsamer Haupteffekt in der katamnestischen Kurbeurteilung wiederholen würde. In dieser unterscheiden sich aber die verheirateten Patienten durch vermehrt positive Angaben von den alleinstehenden (Haupteffekt p $\leq$ .01, keine signif. WW).

Im Zusammenhang mit dem somit sichtbaren eher kurzfristig positiveren subjektiven Kurerfolg von Personen mit mehreren ($\geq$ 2) Kindern scheint es plausibel, daß diese sich in BFB4 zu allen drei Erhebungszeitpunkten als belasteter im Vergleich zu jenen mit 1 Kind schildern (Haupteff. p zu T1 und T2 $\leq$ 001, zu T3 $\leq$ 05; bei GxKi- und GxAxKi-WW zum 2. Termin). Außerdem zeigt sich in BFB1 (Bel.i.Z.m.Ehe),und zwar nur zum Kuranfang, ein Haupteffekt (p $\leq$ .05), wonach sich die Patienten mit 2 Kindern auch hinsichtlich ihrer Ehe als vermehrt belastet schildern.

Was das Geschlecht und Alter betrifft, so ist bemerkenswert, daß sich in den Einstellungen, Erwartungen und Bewertungen gegenüber den Heilmaßnahmen (EzK, BdK, katamnest. Kurbeurt.) bei der im Vergleich zur früheren G-A- und G-A-W-B-P-Designs nun vorliegenden varianzanalytischen Faktorenkombination die bisher festgestellten geschlechts- und altersspezifischen Haupteffekte wiederholen. Bezüglich des BFB ist dementsprechend ebenfalls redundant, daß Frauen in BFB3 (Unzufr.Arb.,Koll.,Bez.) höhere Unzufriedenheitswerte erreichen, jedoch neu, daß sie zusätzlich in BFB1 (Bel.i.Z.m.Ehe) gegenüber den Männern vermehrt belastet erscheinen, jedoch erst zum 3. Erhebungstermin (Haupteff. p jeweils $\leq$ .05). Der P-Faktor begründet weiterhin in BdK4 (Pos.Bew.psych.Kurm.) einen hochsignifikanten und in der katamnestischen Kurbeurteilung einen sehr signifikanten Haupteffekt (p $\leq$ .001 und $\leq$ .01), in BdK1 aber keinen bedeutsamen mehr.

Gehen wir nun im Rahmen der varianzanalytischen G-A-BA-BT-P-Kombination vom sozioökonomischen Status, definiert durch Berufsausbildungsabschluß und Berufstätigkeit, aus, dann können wir Haupteffekte in den Variablenbereichen BdK, HG, FPI, BPI, SES und Einschätzung der Patienten durch Gruppenarzt und Gruppenbetreuerin,nicht aber in EzK, KKB, FBL und BFB, feststellen (vgl. Tab. 29). Im einzelnen zeigt sich, daß einfache Arbeiter die erholungs- und kommunikationsfördernden Bedingungen und Maßnahmen des Kuraufenthalts (BdK3) weniger positiv einschätzen als Spezial- und Facharbeiter (Haupteff. $p < .05$), wobei die beruflich höhergestellten Patienten eher eine Mittelposition einnehmen (bei GxBa-, BAxP- und BTxP- sowie AxBAxBT-WWn). Innerhalb der HG-Variablen fällt (zum Kurende) ein höheres körperbezogenes Mißtrauen (HG4) der Patienten ohne Berufsausbildungsabschluß auf (Haupteff. $p < .05$), ohne daß in diesem Fragebogen allerdings weitere Haupteffekte begründet werden. Patienten ohne BA kennzeichnen sich weiterhim im FPI durch höhere Aggressionsausprägungen (FPI2), und zwar zum 1. Erhebungstermin (Haupteff. $p < .05$, bei einer AxBAx P-WW, $p < .05$). Zahlreicher als in den eben genannten Variablenbereichen sind die Haupteffekte aufgrund von Berufs- bzw. Sozialstatusvariablen in den Fragebogen BPI und SES. Im BPI erscheinen die Patienten ohne Berufsausbildungsabschluß durchweg "gestörter". Sie schildern sich zum Kuranfang, im Vergleich zu den Patienten mit BA, als gehemmter (BPI1, Haupteff. $p < .05$), nervöser bzw. vegetativ labiler (BPI3, Haupteff. $p < .05$) und sexuell konflikthafter (BPI5, Haupteff. $p < .05$) bei lediglich einer GxBAxBT- und einer AxBTxP-WW in BPI5 ($p < .05$). Auch zum Kurendetermin zeigt sich dieser Unterschied, und zwar in den beiden erstgenannten Variablen (Haupteff. in BPI1 $p < .01$ mit einer GxBA-BT-WW, $p < .05$, Haupteff. in BPI3 $p < .05$ mit GxBAx P- und AxBAxP-WW, $p < .05$), nicht mehr signifikant in BPI5, nun zusätzlich aber in der Depressivitätsskala (BPI4, Haupteff. $p < .05$). Auffällig ist bei der vorliegenden Faktorenkombination im Vergleich zurfrüheren G-A- und G-A-W-B-P-Kombination, daß im HG-Fragebogen nicht mehr die geschlechts-

spezifischen Haupteffekte (dafür vermehrt Wechselwirkungen zwischen Geschlecht und BA und BT) auftreten, und auch im BPI ein früherer Haupteffekt aufgrund des Geschlechts, und zwar in der Gehemmtheitsskala (BPI1), nicht mehr sondern aufgrund des Berufsausbildungsfaktors auftritt, wobei dieser zum zweiten Termin mit dem Geschlecht interagiert ($p \leqslant .05$). Die bisher gefundenen geschlechts- und altersspezifischen Haupteffekte im FPI bleiben hingegen weitgehend erhalten.

Was sich im BPI aufgrund des BA-Faktors abzeichnete, ergibt sich auch in den SES. Patienten, die keine Berufsausbildung haben, erreichen zum ersten Erhebungstermin verminderte Ausprägungen in den Skalen "Aktiviertheit" (SES3, Haupteff. $p \leqslant .01$ mit GxAxBT- und AxBTxP-WW, $p \leqslant .05$ und $\leqslant .01$, aber keiner BA involvierenden WW) und "Ausgeglichene Stimmung" (SES7, Haupteff. $p \leqslant .01$, BAxBT-WW, $p \leqslant .05$), zum zweiten Erhebungstermin wiederum eine verminderte "Aktiviertheit" (SES3), darüber hinaus eine geringere "Gehobene Stimmung" (SES1), erhöhte "Gedrückte Stimmung" (SES4) und verstärkte "Müdigkeit" (SES6, Haupteff. zu SES3, 1,4 $\leqslant .05$, SES6 $\leqslant .01$, hier auch GxBAxP-WW, $p \leqslant .01$). Zum dritten Erhebungstermin ergeben sich aufgrund von BA (bzw. BT) keine statistisch zu sichernden Haupteffekte mehr. Vergleicht man die Haupteffekte aus den früheren G-A-W-B-P-Varianzanalysen mit den aus den jetzigen G-A-BA-BT-P-Varianzanalysen hervorgehenden, dann ergibt sich: die dortigen Haupteffekte aufgrund des Geschlechts in SES1, 3, 6 und 7 zum Kuranfang, für SES2 bis 7 zum Kurende und in SES3, 4, 6 zur Katamnese kehren hier für SES3 und 7 zum Kuranfang, für SES 5 zum Kurende wieder, während sie - zum Kuranfang - für SES3 zusätzlich durch BA und für SES7 nur noch durch BA, zum Kurende für SES3, 4 und 6 auch nur durch BA begründet werden.

Was das Arzt- und Betreuerinrating betrifft, so findet sich ein signifikanter Haupteffekt ($p \leqslant .05$) aufgrund von BA, wonach die Gruppenbetreuerinnen von Patienten ohne Berufsausbildung einen weniger günstigen Eindruck haben.

Hier sind im Vergleich zur vorher geschilderten varianzanalytischen Faktorenkombination die G-A- und P-Haupteffekte weitgehend wieder vorhanden. Da die BA-Variable aber unterschiedlich auf die vier Patientenhäuser und somit Ärzte und Betreuerinnen der Buchinger Klinik verteilt ist (Chi^2 p .007, vgl. Tab. 23), wurden deren Ratingvariablen nochmals einer Varianzanalyse unter Einschluß der Kurgruppenzugehörigkeit K (G-A-K-BA-BT-Design) gerechnet. Hervorstechendes Ergebnis daraus (vgl. Tab. 29) sind nun erneut hochsignifikante Haupteffekte für alle drei Variablen aufgrund des K-Faktors, und zwar mit den Ausprägungen, wie sie sich bereits in der G-A-B-K-D-Kombination gezeigt hatten. Der geschlechtsspezifische Haupteffekt tritt nun nicht mehr signifikant auf; lediglich durch BA ergibt sich ein solcher ($p < .05$) wieder im Betr.-Rating, mit - wie oben beschrieben - weniger positiven Einschätzungen der Patienten ohne Berufsausbildung.

18.2.2 Anamnestischer Erhebungsbogen, Katamnestischer Erhebungsbogen, Psychologisches Interview

Im Anamnestischen Erhebungsbogen ergeben sich aufgrund von Familienstand und Kinderzahl in den (dichotom bzw. qualitativ gestuften und metrischen) Variablen nur wenige statistisch zu sichernde und inhaltlich relevante Unterschiede (sie werden aus Platzgründen im folgenden Text etwas ausführlicher genannt, ohne noch in das Tabellenmaterial aufgenommen zu werden). Es ist kaum überraschend, daß Alleinstehende weniger Kinder als Verheiratete haben, etwas bemerkenswerter aber schon, daß sie weniger häufig die Volksschule abgeschlossen haben (N=21-75,0%- ja, N=7-25,0%- nein gegenüber N=134-89,9%- ja, N=15-10,1%- nein; Chi^2 p .058), häufiger bei Verwandten aufgewachsen sind (N=8-28,6%- ja, N=20-71,4%- nein gegenüber N=13-8,7%- ja, N=137-91,3%- nein; Chi^2 p .007) und außerdem in den beiden Jahren vor der Kur eine längere Dauer krankheitsbedingter Fehlzeiten erreichen (varianzanalytischer Haupteffekt im G-A-F-Ki-P-Design $p < .05$ bei Abweichung vom Gesamtmittelwert = 6.56

+ 4.21 gegenüber -.31; zurückhaltende Interpretation wegen mangelnder Normalverteilung der Krankheitsdauervariable!).

Von der Kinderzahl her gesehen ist es trivial, daß die Patienten mit $\geqslant$ 2 Kindern häufiger in der älteren Altersgruppe sind und daß ihr Ehepartner weniger häufig berufstätig ist (Chi^2 p .007 und .027). Wiederum bemerkenswerter ist es, daß sie bisher weniger oft zur Kur waren (hier aber etwas mehr Kurwiederholer unter Patienten mit $\geqslant$ 2 Kindern als unter denen mit 1 Kind, im einzelnen: Erstkurgänger zu Kurwiederholern bei 0 Kindern N=13 -46,4%- zu N=15 -53,6%, 1 Kind N=69 -67,6%- zu N=33 -32,4%-, 2 Kinder N=23 -51,1%- zu N=22 -48,9%-, Chi^2 p.047),weniger Stunden der täglichen Erholung widmen können (Chi^2 p .052), zugleich einen erhöhten Konsum an Beruhigungstabletten angeben (Chi^2 p .000) als Patienten ohne Kinder. Nicht zuletzt soll erwähnt werden, daß N=7 -24.1%- der Patienten ohne Kinder, jedoch nur N=10 -9,8%- und N=3 -6,7%- der Patienten mit (1 sowie 2 und mehr) Kindern angeben, bei Verwandten aufgewachsen zu sein (Chi^2 p.052), auch, daß mit zunehmender Kinderzahl (1, $\geqslant$ 2) die Patienten häufiger im Dorf als die kinderlose Gruppe, aufgewachsen sind (Chi^2 p .027).

Häufiger als die durch den Familienstatus begründeten Differenzen sind die Unterschiede aufgrund unterschiedlicher Berufsstatusgegebenheiten (hierzu vgl. Tab. 23). Neben der häufigeren Plazierung der Patienten ohne Berufsausbildung in der Gruppe der einfachen Arbeiter und den plausiblen Unterschieden im Nettolohn wie in der Berufsbeanspruchung in Abhängigkeit von BA und BT (Chi^2 für Gesamt- und Geschlechtsgruppen bis $\leqslant$ .005 fallen in dem Anamnestischen Erhebungsbogen folgende Differenzen auf: Patienten ohne Berufsausbildung geben als Gründe ihrer bisherigen Arbeitsstellenwechsel häufiger die zu schwere Arbeit (Chi^2 GG p .046, FG .051), den mangelnden Verdienst (Chi^2 GG p .023) und die Entlassung (Chi^2 p GG .049, FG .036) als die Patienten mit BA an. Nicht vorhandene Berufstätigkeit unmittelbar vor der Kur wird von Patienten ohne BA und von einfachen Arbeitern häufiger als von solchen mit BA bzw. in höhergestellten

Positionen angeben (Chi^2 p zu BA GG .047; zu BT GG .003, FG .045). Patienten der MG ohne BA geben häufiger körperliche und äußere Belastungen am Arbeitsplatz an (Chi^2 p .018).

In bezug auf das Elternhaus (Faktor 1 aus der Faktorenanalyse zum Anamnesebogen) zeigt sich: Patienten ohne BA sind häufiger nicht in der Familie aufgewachsen (Chi^2 p GG .032, MG .002, FG jedoch .876!) ebenso einfache Arbeiter (Chi^2 p MG .001). Weiterhin unterscheiden sich die männlichen (nicht die weiblichen) Personen ohne Berufsausbildung von denen mit einer solchen durch: häufigere Angaben, ohne Vater aufgewachsen zu sein (Chi^2 GG p .060, MG .040, FG aber .820), ohne Mutter aufgewachsen zu sein (Chi^2 GG p .060, MG .040, FG aber . 877),dies trifft vermehrt auch für die männlichen einfachen Arbeiter zu (Chi^2 p MG .020). Personen ohne BA und mit einfacher BT unterscheiden sich dementsprechend auch durch ihre häufigere Angabe, ohne Eltern (Chi^2 zu BA p MG .014; zu BT .018) sowie bei Verwandten aufgewachsen zu sein (Chi^2 p zu BA GG .007 und MG .003; zu BT GG .009 und MG .008). Nicht zuletzt sind Patienten ohne BA häufiger im Dorf als in Klein- und Großstadt aufgewachsen, was nun aber hauptsächlich für die Frauen gilt (Chi^2 p GG .009, FG .064, MG . 154).

Im Bereich der Lebensgewohnheiten ergibt sich: Patienten ohne BA und in einfacher BT geben als vorherrschende Freizeitgestaltung weniger häufig körperliche Betätigung an (Chi^2 p zu BA gg .000; zu BT GG .005). Der Bierkonsum einfacher Arbeiter ist erhöht gegenüber dem der beruflich Höhergestellten (Chi^2 p MG .050). Letztere nehmen offenbar öfter Beruhigungsmittel ein (Chi^2 p GG .055, MG .046). Patienten in einfacher BT sowie in höhergestellter BT verneinen öfter als Fach- und Spezialarbeiter die Frage, ob sie gesund leben (Chi^2 p GG .030, MG. 045). Einfache Arbeiter geben weniger Operationen in ihrem bisherigen Leben an (Chi^2 p GG .035, MG .041).

Schließlich ist zu erwähnen, daß in der G-A-BA-BT-P-Varianzanalyse der BA-Faktor einen bedeutsamen Haupteffekt in der

Häufigkeit der Krankmeldungen in den letzten beiden Jahren vor der Kur mit einer größeren Häufigkeit bei fehlender BA ($p \leqslant .05$, bei GxBAxBT-WW) ergibt (vgl. Tab. 29).

Im Katamnestischen Erhebungsbogen ergeben sich von Familienstand und Kinderzahl her keine nennenwerten Unterschiede, außer in der katamnestischen Kurbeurteilung, worauf wir bereits weiter oben eingingen. Etwas häufiger sind die Differenzen in Abhängigkeit von der Berufsausbildung (vgl. hierzu Tab. 23). Einige ergeben sich auch aufgrund der Berufstätigkeit (aus Platzgründen werden diese expliziter im Text- ohne Tabellierung im Anhang - genannt). Was zunächst die Beibehaltung der während des Heilverfahrens kennengelernten gesundheitsförderlichen Maßnahmen betrifft, so geben Personen mit Berufsausbildung eine größere Häufigkeit des Wanderns als jene ohne BA an (Chi^2 p .041); wobei die Männer auch länger wandern (Chi^2 p .023). Es ist sodann kaum überraschend, daß die Personen ohne BA häufiger zu denen, die nach der Kur arbeitslos wurden, gehören (Chi^2 p GG .012) und - falls sie eine neue Arbeitsstelle angetreten haben, wiederum eher körperliche Arbeit verrichten und einen geringeren Nettolohn erhalten (Chi^2 p GG .007 und .011). Was die krankheitsbedingten Fehlzeiten nach der Kur (Halbjahr) angeht, so liegt deren Häufigkeit erneut (wie in der Anamnese) bei Personen ohne BA über der von Personen mit BA (Chi^2 p GG .043); auch bewerten die erstgenannten ihren Gesundheitszustand als weniger positiv wie sie auch weniger tägliche Erholungsstunden angeben (Chi^2 p GG .024 und .034). BA-abhängige Unterschiede ergeben sich auch im Bierkonsum, wobei dieser bei Personen ohne Ausbildung eher höher als bei jenen mit BA liegt (Chi^2 p GG .007, FG .043), was offensichtlich weniger für die Männer gilt (Chi^2 p .438). Von der Art der BT her gesehen, ist noch auffallend, daß die beiden Personen, die nach der Kur das Rauchen aufgegeben haben, 1 Hausfrau und 1 Facharbeiter sind, während die darauf bezogenen Neinantworten (N=36) auf Arbeiter sowie beruflich Höhergestellte entfallen. Auch rauchen beruflich Höhergestellte

weniger Zigaretten (Chi^2 p .013). Außerdem konsultierten im Kurnachhalbjahr die Facharbeiter weniger die Fachärzte als die einfachen Arbeiter, Hausfrauen sowie beruflich Höhergestellten (in dieser Reihenfolge o gegenüber 1 und mehr Besuchen: N=42 -84,o%- gegenüber N=5 -16,o%-, N=46 -70,8%- gegenüber N=19 -29,2%-, N=2 -50.0%- gegenüber N=2 -50.0%-, N=14 -77,8%- gegenüber N=4 -22,2%-; Chi^2 p GG .002), während die Hausärzte wiederum etwas mehr von den Arbeitern aufgesucht zu werden scheinen (Chi^2 p .013).

Nicht zuletzt soll darauf hingewiesen werden, daß die hinsichtlich der besonderen Ereignisse und Veränderungen im Halbjahr nach der Kur analog der zu den life events im Psychologischen Interview unternommenen drei Auswertungsschritte bis auf folgende Ausnahme keine familien- und berufsstatusabhängigen Unterschiede ergeben: Einem Haupteffekt aufgrund der Kinderzahl nach, stufen die Befragten mit $\geqslant$ 2 Kindern ihre angegebenen life events im familiären Bereich als vermehrt unangenehm und ärgerlich ein ($p \leqslant .05$).

In den Variablenausprägungen des <u>Psychologischen Interviews</u> finden sich kaum varianzanalytisch oder/und über Chi^2-Tests ermittelte Unterschiede in Abhängigkeit von den familiären Gegebenheiten (daher hierzu keine Tab., sondern nur ausführlichere Nennung im Text), eher aber in Abhängigkeit von den beruflichen Bedingungen der Patienten (hierzu Tab. 23 und Tab. 29). Was zunächst die Lebensereignisse in den beiden Kurvorjahren angeht, so ist festzustellen, daß sich in den ersten beiden daraufhin unternommenen Auswertungen, ob life events vorkamen oder nicht vorkamen, und ob bedeutsame Unterschiede in Anzahl sowie Bewertung der life events pro Lebensbereich (hinsichtlich Ärger und Belastung) auftreten, bis auf folgende Ausnahme keine signifikanten Differenzen aufgrund der Familien- und Berufsstatus-Variablen ergeben. Die Ausnahme besteht darin, daß alleinstehende, darunter vor allem die geschiedenen Patienten, häufiger Lebensereignisse im familiären Bereich angeben und diese als unangenehmer und ärgerlicher einstufen als verheiratete (und ledige) Patienten (Chi^2 p .034, keine signif. Unter-

schiede auf der diesbezüglichen Belastungsdimension). Im Rahmen der dritten Auswertungsprozedur, der varianzanalytischen Überprüfung interindividueller Unterschiede in der subjektiven Bewertung der faktisch vorgekommenen bzw. der angegebenen Lebensereignisse hinsichtlich Ärger und Belastung, fallen einige Haupteffekte, und zwar im Zusammenhang mit der vorhandenen bzw. nicht vorhandenen Berufsausbildung (nicht aufgrund der familiären Bedingungen) auf. Hiernach bewerten Patienten ohne BA die Ereignisse im familiären Bereich als vermehrt ärgerlich und belastend sowie im beruflichen und gesundheitlichen Bereich als ebenfalls eher belastend (Haupteff. p zwischen $<$ .05 und $<$ .01). Im gleichen Sinne zeigt sich dies für Ärger- und Belastungsrating zum wirtschaftlichen und "sonstigen" Lebensbereich (im letzteren auch noch ein BT-Haupteffekt zu Ärger). Bemerkenswert ist, daß dies die einzigen Haupteffekte des G-A-BA-BT-P-Designs sind, also auch in dieser varianzanalytischen Faktorenkombination keine geschlechts- und altersspezifischen, mit Ausnahme des schon bekannten altersbezogenen auf der Ärgerdimension der wirtschaftlichen life events, vorkommen, und daß nur auf eben diese Dimension die Wechselwirkungen beschränkt bleiben (in Form der naheliegenden AxBAxBT-WW).

Auch in den übrigen Variablenausprägungen des Interviews treten noch einige Unterschiede in Abhängigkeit vom Berufsstatus der Patienten auf (G-A-BA-BT-P-Varianzanalyse, vgl. Tab. 29). Jene ohne BA und mit der BT des einfachen Arbeiters geben vermehrt Sorgen bezüglich ihres Arbeitsplatzes an (Haupteff. p $<$ .05 und $<$ .01, bei AxBA- und GxBT-WW, p $<$ .01 und $<$ .05). In der Einschätzung der psychosomatischen Eigenwahrnehmung erreichen die beruflich Höhergestellten etwas höhere Werte als die Facharbeiter und die einfachen Arbeiter nehmen eher eine Mittelstellung ein (Haupteff. p $<$ .05). Darüber hinaus fällt noch auf, daß der BA-Faktor drei Haupteffekte begründet (p jeweils $<$ .05): Patienten ohne Berufsausbildung schätzen ihre Kindheit als weniger glücklich ein, fühlen sich mit sich selbst weniger zufrieden, sehen sich zugleich aber auch als vermindert

ehrgeizig. In der Gesamtzahl der berichteten Kindheitserinnerungen erreichen die Facharbeiter einen höheren Wert als die einfachen und höhergestellten Arbeitnehmer (Haupteff. $p < .001$). Auch in den eben genannten weiteren metrischen Variablen finden sich keine nennenswerten Unterschiede aufgrund des Familienstandes. Lediglich in der vom Untersucher eingeschätzten Selbstexploration finden sich höhere Ausprägungen der Patienten mit 2 und mehr Kindern (Haupteff. $p < .05$). In den dichotom unterteilten Variablen, und zwar in den auf den Kindheitserinnerungs-Faktoren ladenden, finden sich indessen noch folgende nennenswerten Unterschiede im Zusammenhang mit einem unterschiedlichen familiären Status (hier explizite Nennung, ohne Tabellierung): Alleinstehende (darunter besonders die geschiedenen) Patienten werden in der affektiven Gesamttönung ihrer auf die eigene Kindheit bezogenen Schilderungen und Bewertungen etwas weniger der Kategorie "positiv" zugeordnet (Alleinstehende gegenüber Verheirateten in den Kategorien: neutral N=8 -30,8%- gegen N=30 -22,6%-; positiv N=3 -11,5%- gegen N=34 -25,6%; negativ N=15 -55,6%- gegen N=69 -51,9%; Chi^2 p .055). Patienten mit 1 Kind erwähnen häufiger die eigene Mutter im Vergleich zu denen mit 0 oder ≥ 2 Kindern (Nichterwähnung gegenüber Erwähnung bei 0 Ki. N=13 - 46,4%- gegen N=15 -53,6%; 1 Ki. N=62 -68,1%- gegen N=29 -31,9%-; 2 Ki. N=18 -43,9%-gegen N=23 -56,1%-; Chi^2 p .013). Mit zunehmender Kinderzahl kommt auch das FE-Thema "Strafe ohne direkten Bezug auf die Bezugspersonen" vor (Nichterw. gegenüber Erw. bei 0 Ki. N=26 -92,9%- gegen N=2 -7,1%-; 1 Ki. N=79 -86,8%-gegen N=12 -13,2%-, ≥ 2 Ki. N=29 -70,7%- gegen N=12 -29,3%-; Chi^2 p .024).

Werden die Ergebnisse der vorliegenden varianzanalytischen Faktorenkombination G-A-BA-BT-P mit den, den früher referierten interindividuellen Unterschiedsanalysen zugrundeliegenden G-A- und G-A-W-B-P-Kombinationen, verglichen, so ergeben sich in den Haupteffekten nur wenige neue bzw. überraschende Verhältnisse: lediglich in der Mitteilsamkeit bezüglich des Intimbereiches und der FE-Gesamtzahl finden

sich neu geschlechtsspezifische Haupteffekte mit höheren Variablenausprägungen der Frauen ($p < .05$ und $< .01$) und in den Sorgen um die Familie begründet nunmehr der P-Faktor einen Haupteffekt ($p < .01$), der zuvor, unter Einbeziehung des Belastungsratings, durch das Geschlecht begründet war und nicht dementsprechend vorkam.

18.2.3 Medizinische Variablen

In diesem Variablenbereich ergibt sich (vgl. Tab. 28, G-A-~~F~~-Ki-P-Design), daß alleinstehende Patienten neben erhöhten γ-GT-Werten auch erhöhte Blutsenkungswerte aufweisen (Haupteff. p jeweils $< .01$), sowie, daß die Personen mit ≥ 2 Kindern eine erhöhte Leucozytenzahl haben (Haupteff. $p < .05$, wobei jeweils Interaktionen mit Geschlecht, Alter und Kinderzahl auftreten) und ebenfalls übermäßige γ-GT-Werte erreichen (Haupteff. $p < .05$). Die beruflichen Bedingungen (G-A-BA-BT-P-Design; bei den medizinischen Variablen werden unter BT auch die Hausfrauen berücksichtigt) zeigen Einflüsse in folgender Weise: Patienten ohne BA haben höhere Erythrocytenwerte (Haupteff. $p < .05$) und höhere BKS-Ausprägungen (Haupteff.$p < .05$, bei GxBAxBT-WW, $p < .05$). Auffällig ist in den medizinischen Kennwerten noch, daß neben den zu erwartenden geschlechtsspezifischen Unterschieden in Gewicht und Größe auch durch BA und BT Haupteffekte in der Körpergröße erscheinen, wobei Patienten ohne BA und in einfachen Tätigkeiten sowie auch in der Hausfrauentätigkeit Abweichungen in einer verminderten Richtung aufweisen (Haupteff. p jeweils $< .05$). Einfache Arbeiter und Hausfrauen zeigen einen erhöhten Blutdruck (diast.) zum Kuranfang (BT-Haupteff. $p < .05$). Was die mit Hilfe von Chi^2-Tests anzugehenden dichotomisierten medizinischen Variablen (erhöhter Wert in den Nachprüfungen zu bestimmten Laborwerten ja-nein) betrifft so machen sie lediglich deutlich, daß die Cholesterinwerte bei den männlichen einfachen Arbeitern im Vergleich zu den übrigen Berufsgruppen immer noch erhöht sind (Chi^2 p .029, daher keine explizite Tabellierung).

18.3 Diskussion

Zunächst zu den Ergebnissen in den psychologischen Fragebogen: Die Haupteffekte aufgrund der Kinderzahl in denjenigen BdK-Variablen, anhand derer eine globale subjektive Einschätzung des Kurerfolgs (BdK1) gegeben und die Zufriedenheit mit erholungs- und kommunikationsfördernden Bedingungen (BdK3) zum Ausdruck gebracht werden, machen deutlich, daß Patienten mit $\geq$ 2 Kindern einen höheren subjektiven Nutzen vom Heilverfahren haben. Dieser ist offenbar, wie die entsprechenden in der katamnestischen Kurbeurteilung nicht mehr auftretenden Haupteffekte zeigen, eher kurzfristiger Art. Das ist indessen nicht sehr überraschend, wenn man berücksichtigt, daß sich jene Personen im Zusammenhang mit ihren Kindern sowohl vor der Kur wie auch nach der Kur mehr belastet fühlen als die mit 1 Kind;(vgl. Ki-Haupteffekt in BFB4), sich zum 3. Termin auch im Zusammenhang mit ihrer Ehe als belastet schildern. Beachtung verdient, daß die aus den G-A- sowie G-A-W-B-P-Designs bekannten Haupteffekte, vor allem des Geschlechts und Alters, auch nach Einbeziehung der F- und Ki-Faktoren wiederkehren, daß aber, offenbar nachdem die Kinderzahl kontrolliert wird, Frauen in der Katamnese einen höheren ehebezogenen Belastungswert als Männer erreichen.

Ein hervorstechendes Ergebnis liegt offenbar darin, daß die sozioökonomisch-beruflichen Bedingungen der Patienten und hier vor allem die vorhandene bzw. nicht vorhandene Berufsausbildung, in störungsrelevanten Variablen, wie"Mißtrauen gegenüber dem eigenen Körper" (HG4), "Aggressivität" (FPI2) sowie "Gehemmtheit", "Nervosität" und "Depressivität" (BPI1, 3,4) zum Kurende Haupteffekte ergeben, die zum Kuranfang schon in "Gehemmtheit", "Nervosität" und "Intimbereich" festzustellen waren. Dabei ist zu beachten, daß das Geschlecht in dem zugrundeliegenden G-A-BA-BT-P-Design weiterhin im FPI Haupteffekte begründet, nicht mehr aber im BPI, auch HG, wo diese nun "verschwinden". Damit wird deutlich, daß das FPI eher geschlechtsspezifische Variablenunterschiede erfasst, die auch über sozioökonomische Unter-

schiede hinweg stabil bleiben, daß hingegen das BPI solche Dimensionen enthält, auf denen sich zwar, wenn die Frauen und Männer ohne Rücksicht auf ihre beruflichen Vorbedingungen lokalisiert sind, durchaus geschlechtsspezifische Differenzen herausstellen, die aber gegenüber den beruflichen Gegebenheiten, sobald diese ebenfalls kontrolliert werden, weniger gewichtig bezüglich der Aufklärung individueller Unterschiede erscheinen.

Die inhaltliche Seite dieser Unterschiede freilich lenkt die Aufmerksamkeit auf die Bedeutung sozioökonomischer Faktoren für "psychological disorders" im weitesten Sinne (vgl. z.B. WHEATON 1978), soweit eine entsprechende Inbeziehungsetzung von höherer Gehemmtheit, psychovegetativer Labilität und Depressivität im BPI vertreten werden kann.

Immerhin scheinen diese Befunde vergleichbar zu sein mit der z.B. im Rahmen sozialepidemiologischer Studien vielfach aufgefundenen inversen Beziehung zwischen Variablen des sozioökonomischen Status und psychischen Auffälligkeiten (KING 1978, S. 414). Allerdings bleibt dieser Zusammenhang dort nicht mehr so eindeutig, wenn bei den psychischen Störungen zwischen verschiedenen Syndromen unterschieden wird, er findet sich etwa nicht mehr für neurotische Störungen (DOHRENWEND 1975, S. 370), was wiederum eher für Prävalenz- nicht unbedingt für Inzidenzraten zuzutreffen scheint (z.B. THOMA 1978, S. 79). Die vorliegenden Befunde können zunächst einmal nur als Hinweis darauf verstanden werden, daß unter Kurpatienten mit vorwiegend psychovegetativen Störungen diejenigen ohne Berufsausbildung gegenüber denen mit einer Berufsausbildung in klinisch relevanten Persönlichkeitsmerkmalen (vgl. KURY 1974, S.4) auffällig in Richtung vermehrter Gestörtheit erscheinen.

Dabei bleiben auch relevante sozialepidemiologische Fragen, die sich z.B. um die Verursachungs- und "downward drift"-Hypothese (vgl.KING 1978, S. 407)gruppieren, vorerst ungelöst. Dies gilt auch im Hinblick auf die Erfüllung zunehmend "höherer" methodologischer wie auch theoretischer An-

sprüche an sozialepidemiologische Befunde, wie sie z.B. bei DOHRENWEND (1975), der die Entwicklung quasiexperimenteller Versuchspläne postuliert, oder z.B. bei TURNER und GARTRELL (1978) und SEMMER und PFÄFFLIN (1978a), die in inhaltlicher Hinsicht das Konzept sozialer Kompetenz bemühen, deutlich werden. Allerdings erlauben die methodologischen und inhaltlichen Möglichkeiten der vorliegenden Studie zumindest weitere Hypothesen, die mit Versuchen, eine psychologische Perspektive für sozialepidemiologische Probleme zu entwickeln (z.B. GLEISS 1978), in Verbindung gebracht werden können. So deutet sich aus den bisher diskutierten Ergebnissen an, daß bei geringerem sozioökonomischem Status die Wahrscheinlichkeit für eine eher verzagt-bedrückte Selbstdarstellung in den psychologischen Fragebogen zunimmt. Dies deutet sich auch in den Ausprägungen der Stimmungsskalen an, wobei sich Patienten ohne BA ja vermindert aktiviert, vermehrt bedrückt und müde, wie auch unausgeglichen darstellen. Die geschlechtsspezifischen Haupteffekte in den SES verlieren im Verhältnis zu denen aufgrund der berufsbezogenen allerdings nur teilweise an Gewicht.

Werfen wir noch einen Blick auf die anamnestischen und katamnestischen sowie Interviewdaten: Zunächst erweisen sich auch hier die sozioökonomischen Variablen als "potenter" im Vergleich etwa zu den familiären Variablen. Gehen wir von den Kennwerten zum Elternhaus aus, so scheint die hier erfolgende Grundlegung unterschiedlicher schulischer und ausbildungsmäßiger Möglichkeiten deutlich zu werden. Dabei sind im Falle weniger vorteilhafter Bedingungen die Frauen erneut besonders betroffen (vgl. Faktorenanalysen zum Anamnesbogen Abschnitt 13). Etwas erstaunlich erscheint, daß die sozioökonomischen Variablen, insbesondere die Art der Berufstätigkeit, keine bedeutsamen Haupteffekte sowohl in den subjektiven Beschwerden wie auch in den Krankheitskonzepten (KKB) und Erwartungen an die Kur (EzK) begründen. Eine Differenzierung z.B. in dem Sinne, daß einfache Arbeiter eher unmittelbar körperliche und "dinghafte"

Beschwerdenattribuierungen, und Facharbeiter sowie beruflich Höhergestellte eher psychologische bzw. psychosoziale Krankheitskonzepte präferieren, wäre etwa anhand der Befunde von v.FERBER (1972, 1974, 1976) an LVA- sowie BfA-Kurpatienten durchaus vorstellbar gewesen. Es wäre aber voreilig, daraus den Schluß zu ziehen, daß daher entsprechende motivationsbezogene Überlegungen, etwa hinsichtlich der Indikationsstellung, unbedeutend wären. Es könnten u.a. ja motivationsbezogene Faktoren gewesen sein, die für die geringere Zufriedenheit der Personen ohne BA mit den erholungs- und kommunikationsfördernden Bedingungen und ihr - ebenfalls zum Kurende - erhöhtes körperliches Mißtrauen (HG4), wie auch für ihre weniger positive Einschätzung aus der Sicht der Gruppenbetreuerinnen (Haupteffekt) verantwortlich waren, und sei es in der Form einer geringeren Mitarbeitsmotivation gegenüber den einzelnen aktiven Übungsbehandlungen und der dadurch mitbewirkten verminderten Wertschätzung durch die Betreuerinnen.

18.4 Zusammenfassung

In den verschiedenen Variablenbereichen werden mit Hilfe varianzanalytischer Auswertungen sowie Chi-Quadrat-Tests interindividuelle Unterschiede in Abhängigkeit von familiären und beruflichen Bedingungen der Kurpatienten untersucht. Hinsichtlich der familiären Bedingungen wird das Gesamtpatientenkollektiv einmal nach dem Familienstand mit der Unterscheidung von N=28 alleinstehenden und N=152 verheirateten Personen, und zum anderen nach der Kinderzahl mit der Unterscheidung von N=29 Personen mit 0, N=102 mit 1 und N=45 Personen mit $\geq$ 2 Kindern aufgeteilt. Bezüglich der beruflichen Bedingungen wird einmal nach der vorhandenen (N=111) und nicht vorhandenen (N=67) Berufsausbildung und zum anderen nach der Art der (vor dem Heilverfahren, bzw. vor der noch davor liegenden Arbeitslosigkeit und Krankmeldung) ausgeübten beruflichen Tätigkeit mit N=85 einfachen Arbeitern, N=65 Spezial- und Facharbeitern, N=24 beruflich höhergestellten Personen (Vorarbeiter, Meister, Angestellte, Selbständige; bei bestimmten Variablen auch noch N=4 Haus-

frauen und ohne Beruf) unterschieden. In den einfachen Prüftests (Chi-Quadrat) werden Familienstand und Kinderzahl für das gesamte Kurpatientenkollektiv, Berufsausbildung und -tätigkeit hingegen (wegen ihrer Geschlechtsabhängigkeit) sowohl für dieses gesamte Kollektiv als auch die beiden Geschlechtergruppen angewendet (wobei dann bei den Frauen die beiden Gruppen der Spezial- und Facharbeiterinnen sowie der beruflich höhergestellten Personen zusammengefasst werden). Den varianzanalytischen Auswertungen wurden die beiden Designs G-A-F-Ki-P (bei BFB1 ohne F, da nur für Verheiratete erfragt) und G-A-BA-BT-P zugrundegelegt.

Unter den psychologischen Fragebogenvariablen ergeben sich aufgrund der Einteilungen nach Familienstand und Kinderzahl nur für Variablen der subjektiven Beurteilung der Kur (BdK und katamnestische Beurteilung der Kur) und der subjektiven psychosozialen Belastungen (BFB) varianzanalytische Haupteffekte. Danach bewerten die Kurpatienten mit $\geq$ 2 Kindern im Vergleich zu denen mit 0-1 Kind ihren Kurerfolg (BdK1) sowie die erholungs- und kommunikationsfördernden Bedingungen ihres Kuraufenthaltes (BdK3) vermehrt positiv, was sich in der katamnestisch erhobenen Kurbeurteilung für verheiratete im Vergleich zu alleinstehenden Personen ergibt. Weiterhin schildern sich die Patienten mit $\geq$ 2 Kindern an allen drei Erhebungszeitpunkten im Zusammenhang mit ihren Kindern als stärker belastet (BFB4) im Vergleich zu denen mit 1 Kind, wie sie sich auch - jedoch nur zum Kuranfang - im Zusammenhang mit ihrer Ehe als belasteter (BFB1) beschreiben. Die Haupteffekte, die sich in bereits oben beschriebenen interindividuellen Unterschiedsanalysen (G-A; G-A-W-B-P) herausgestellt hatten, insbesondere aufgrund von Geschlecht und Alter, bleiben weitgehend erhalten, nur daß sich die Frauen zum 3. Termin im Vergleich zu den Männern als vermehrt im Zusammenhang mit ihrer Ehe belastet darstellen (BFB1).

Familienstand und Kinderzahl klären, insgesamt gesehen, nur in wenigen Variablen der psychologischen Fragebogen einen

bedeutsamen Anteil der Varianz auf. Dagegen führen die berufsbezogenen Einteilungsmerkmale in einer größeren Anzahl von Variablen zu signifikanten bis hochsignifikanten Haupteffekten, und zwar innerhalb der Fragebogen BdK, HG, FPI, BPI, SES und Einschätzung der Patienten durch Gruppenarzt und Gruppenbetreuerin. Diesen Stellenwert erreicht hauptsächlich der Faktor der Absolvierung bzw. Nichtabsolvierung einer Berufsausbildung (BA) und nur in wenigen Fällen auch die Art der Berufstätigkeit (BT). So schildern sich die Kurpatienten ohne BA im Vergleich zu denen ohne BA in den Persönlichkeits-Inventaren zum Kuranfang als erhöht aggressiv (FPI2), gehemmt (BPI1), nervös bzw. psychosomatisch gestört (BPI3) und sexuell konflikthaft (BPI5), was sich in den Skalen "Gehemmtheit" und "Nervosität" sowie "Depressivität" (BPI4) auch noch zum Kurende ergibt. Patienten ohne Berufsausbildung unterscheiden sich auch in ihrem Stimmungsgeschehen von denen mit einer Ausbildung, und zwar durch verringerte "Aktiviertheit" (SES3) und "Ausgeglichenheit" (SES7) zum 1. und erneut geringere "Aktiviertheit" sowie verminderte "Gehobene Stimmung" (SES1), erhöhte "Gedrückte Stimmung" (SES4) und größere "Müdigkeit" (SES6) zum 2. Termin. Einfache Arbeiter äußern sich im Vergleich zu den anderen Berufsgruppen als bedeutsam weniger zufrieden mit erholungs- und kommunikationsfördernden Bedingungen und Maßnahmen des Kuraufenthaltes (BdK3). Zum Kurende schildern sich Patienten ohne Berufsausbildung im Vergleich zu denen mit einer Berufsausbildung als mehr mißtrauisch in bezug auf ihren eigenen Körper (HG4).

In dem Arzt- und Betreuerinrating ergibt sich ein BA-spezifischer Haupteffekt in der Weise, daß die Betreuerinnen den Kurerfolg der Patienten ohne Berufsausbildung als weniger positiv ansehen. Bei einigen Tests bleiben die, sich anhand der oben berichteten G-A- und G-A-W-B-P-Varianzanalysepläne ergebenden, geschlechts- und altersspezifischen Haupteffekte auch im Rahmen des nun angewandten G-A-BA-BT-P-Designs "erhalten", so z.B. in BdK und FPI; in einigen Variablen treten mehr oder weniger weitgehende Änderungen auf: so kommt es in HG und BPI zu keinen geschlechtsspezi-

fischen Haupteffekten mehr; in den SES bleiben diese für "Gehobene Stimmung", "Aktiviertheit", "Müdigkeit" und "Ausgeglichene Stimmung" zum 1. Termin und "Mißtrauen und "Ausgeglichene Stimmung" für den 2. sowie "Aktiviertheit" "Gedrückte Stimmung" und "Müdigkeit" für den 3. Termin erhalten, während diejenigen für die Skalen "Ausgeglichene Stimmung" zum Kuranfang und für "Aktiviertheit", "Gedrückte Stimmung" und "Müdigkeit" zum Kurende nicht mehr auftreten. Im Arzt- und Betreuerinrating finden sich Haupteffekte wie in den früher angewandten Designs mit Ausnahme des Betreuerinratings, in dem anstatt ein G- nur noch ein BA-Haupteffekt vorzufinden ist.

In den Variablen des Anamnestischen Erhebungsbogens zeigt sich die häufigere Angabe der alleinstehenden gegenüber den verheirateten Patienten, die Volksschule nicht abgeschlossen zu haben, bei Verwandten aufgewachsen zu sein, sowie vor der Kur erkrankt gewesen zu sein. Und unter dem Gesichtspunkt der Kinderzahl finden sich bedeutsame Unterschiede in der Weise, daß die Befragten mit $\geq$ 2 Kindern im Vergleich zu denen mit 0-1 Kind weniger häufig zur Kur waren, eine geringere Zahl täglicher Erholungsstunden erreichen sowie mehr Beruhigungsmittel einnehmen ; außerdem seltener angeben, bei Verwandten aufgewachsen zu sein. Im Katamnestischen Erhebungsbogen finden sich keine signifikanten Unterschiede mehr in Abhängigkeit von Familienstand und Geschlecht, teilweise ergeben sie sich im Psychologischen Interview: Patienten mit 0 und $\geq$ 2 Kindern geben häufiger und vermehrt ärgerlich-unangenehme und belastende life events als die mit 1 Kind für den beruflichen Bereich an, was ebenso für Alleinstehende im Vergleich zu Verheirateten bezüglich des familiären Bereichs zutrifft. Alleinstehende Patienten lassen häufiger als verheiratete "negativ" getönte kindheitsbezogene Schilderungen und Bewertungen erkennen. Wenn die Kinderzahl höher ist, dann kommt in den FE auch häufiger das Thema "Strafe ohne direkten Bezug auf frühe Bezugspersonen" vor.

Erneut ist es in den anamnestischen-katamnestischen wie auch Interviewdaten die Berufsausbildung, die in einer

größeren Variablenzahl bedeutsame Unterschiede "ausmacht". Für das gesamte sowie männliche Kurpatientenkollektiv zeigt sich jeweils bei nicht vorhandener BA, ebenso für die MG auch bei Vorhandensein des Status eines "einfachen Arbeiters", die häufigere Mitteilung, nicht in der eigenen Familie sowie ohne Eltern und bei Verwandten aufgewachsen zu sein. Hinsichtlich des Berufslebens vor der Kur ergibt sich nicht nur ein geringerer Nettolohn für die Patienten ohne BA, sondern auch die häufigere Nennung von zu schwerer Arbeit (GG, FG), mangelndem Verdienst (GG) und Entlassung (GG) für vorgekommene Arbeitsstellenwechsel, wie auch die häufigere Angabe, am Arbeitsplatz äußeren und körperlichen Belastungen ausgesetzt zu sein (MG) und vor der Kur nicht berufstätig gewesen zu sein. Hinsichtlich der Lebensgewohnheiten findet sich für Patienten ohne BA und im einfachen Arbeiterstatus (jeweils GG) eine andere Form vorherrschender Freizeitgestaltung als körperliche Betätigung, ein höherer Bierkonsum (MG) und eine häufigere Krankmeldung (für BA, GG). Unter dem BT-Aspekt ergibt sich noch, daß beruflich höhergestellte männliche Befragte häufiger die Einnahme von Beruhigungsmitteln vermerken. Auch in der Katamnese setzen sich charakteristische Unterschiede fort, so der häufigere Eintritt der Arbeitslosigkeit sowie - im Falle eines Stellenwechsels - die wiederum häufigere vorherrschende körperliche Arbeitsweise und geringere Entlohnung, die häufigere Krankmeldung und Konsultation von Hausärzten, die verminderte Anzahl täglicher Erholungsstunden sowie der erhöhte Bierkonsum bei Personen ohne BA (GG). Bereits im Psychologischen Interview teilten die Patienten ohne BA eine vermehrt negative Einschätzung der familien-, berufsbezogenen und gesundheitsrelevanten Lebensereignisse (varianzanalytische Auswertung) sowie vermehrte Sorgen um ihren Arbeitsplatz mit (letzteres auch durch einfache Arbeiter). Und in den auf die frühe Kindheit bezogenen Kennwerten zeigt sich für Personen ohne BA eine vermehrte Bewertung als weniger glücklich wie auch eine verringerte FE-Anzahl (letzteres auch bei einfachen Arbeitern und beruflich Höhergestellten im Vergleich zu

Facharbeitern). Patienten ohne BA schätzen sich selbst als weniger ehrgeizig, aber auch als weniger zufrieden mit sich selbst ein.

Entsprechend der varianzanalytischen Haupteffekte in den medizinischen Variablen unterscheiden sich alleinstehende Patienten von verheirateten Patienten durch höhere γ-GT- sowie BKS-Werte, Patienten mit $\geq$ 2 Kindern von denen mit 0 oder 1 Kind durch höhere Lecosyten- und γ-GT-Werte. Unter dem Gesichtspunkt der Berufsausbildung bzw. -tätigkeit ergibt sich: Bei Patienten ohne BA, einfachen Arbeitern sowie Hausfrauen finden sich geringere Werte in der Körpergröße sowie erhöhte Bluckdruck(d)- wie auch Cholesterinwerte. In den varianzanalytisch ausgewerteten anamnestisch-katamnestischen Interview- und medizinischen Variablen finden sich die bisher bekannten geschlechts- und altersspezifischen Haupteffekte größtenteils wieder.

19 Ergebnisse zu Frage 7: Sind das Ausmaß subjektiver Beschwerden und psychosozialer Belastungen sowie die Art der Ausprägung verschiedener Persönlichkeitsmerkmale Indikatoren für "Kurbedürftigkeit"?

19.1 Vorbemerkungen zur Vergleichbarkeit von LVA-Kurpatientenstichprobe und Vergleichsgruppe und Darstellung des interindividuellen Vergleichs in Variablen des Anamnestischen Erhebungsbogens

Um die beiden Stichproben einander hinsichtlich der in der Frage angesprochenen Persönlichkeits-, Belastungs- und Befindensvariablen gegenüberstellen zu können, ist es angebracht, zunächst die Möglichkeiten und Grenzen dieses Vergleichs zu diskutieren. In einer allgemein-beschreibenden Form ist dies schon bei der Beschreibung von Stichprobe (vgl. 10) und Untersuchungsplan (vgl. 12) geschehen. In einer präziseren Form des statistischen Vergleichs soll dies jetzt vorgenommen werden. Für diesen Vergleich, der helfen soll, die Möglichkeiten und Grenzen der Vergleichbarkeit zu klären, eignen sich in erster Linie die anamnestisch-soziographischen Charakteristiken, die mit Hilfe des Anamnestischen Erhebungsbogens, und zwar zum überwiegenden Teil von Patienten- und Vergleichsgruppenstichprobe anhand identischer Variablen,erhoben wurden. Die folgenden Variablen sind es, die von der Vergleichsgruppe nicht ermittelt wurden: Es sind die Zahl bisheriger Arbeitsplätze, die Gründe für die eventuellen, im bisherigen Arbeitsleben vorkommenden Stellenwechsel, die Absicht zur Rentenantragstellung, sodann die Frage, ob unmittelbar vor dem Heilverfahren Berufstätigkeit und/oder Krankmeldung gegeben waren. Einige Kennwerte wurden nach einem anderen Modus als bei den Patienten erhoben und dementsprechend unterschiedlich abgelocht zur Verfügung gestellt. Diese sind somit, zumindest anhand statistischer Prüfverfahren, nicht direkt mit denen der Kurgänger vergleichbar. Es handelt sich hierbei um Variablen zur Schulbildung (nicht Berufsausbildung) der befragten Personen und deren Väter. Während dazu bei den Kurpatienten die einzelnen Schultypen danach erfragt worden sind, ob sie besucht und abgeschlossen oder

nicht abgeschlossen wurden, wurden sie bei der Vergleichsgruppe in der Weise ermittelt, daß die Vpn. einfach nur die "besuchten" Schulen anzukreuzen hatten; wobei sie im Falle, daß sie weiterführende Schulen bzw. Ausbildungsstätten besucht haben, meistens nur diese und gar nicht mehr die vorausgehenden Schultypen (wie z.B. Volksschule oder/und Berufsschule) angaben. So ist es zu verstehen, daß (vgl. Tab. 4) nur 25% der N=80 Vergleichsgruppenpersonen angaben, die Volksschule besucht zu haben. Aus diesen Gründen werden wir die absolvierten Schultypen von Patienten- und Vergleichsgruppe ohne statistische Prüfverfahren nur in der Weise einander gegenüberstellen, daß wir von der ersteren die Angabe von Abschlüssen und von der zweiten die Nennung von "Besuchen", und zwar der weiterführenden Schulen, zugrundelegen.

Fragen wir nun nach der Verteilung der den bisherigen interindividuellen Unterschiedsanalysen (14-15) zugrundeliegenden Merkmale, wie Geschlecht, Alter, Berufsstatus, berufliche (und schulische) Vorbildung usw., dann können wir im einzelnen feststellen (vgl. Tab. 34a).
In der Vergleichsgruppe sind zwar auch - wie in der Patientenstichprobe - etwas weniger Frauen vorhanden, doch immer noch relativ mehr (43,7% gegenüber 27,8% bei den Kurpatienten;Chi^2 p .012); auch die jüngere Altersgruppe ist, ebenso wie die Personengruppe mit einer abgeschlossenen Berufsausbildung, einem höheren Nettoverdienst und einem beruflich höhergestellten Status, außerdem auch einem ausschließlichen Hausfrauenstatus, in der Vergleichsgruppe häufiger als in dem Patientenkollektiv vertreten (Chi^2 zu diesen vier Kennwerten unter jeweiliger Gegenüberstellung der beiden Stichproben bis $<$ .01. Vergleichen wir - wie oben erwähnt - die schulische Vorbildung, dann findet sich hier unter Berücksichtigung des oben diskutierten Mangels an Vergleichbarkeit: Von der Vergleichsgruppe geben 12,5% (N=10) den Besuch einer Mittelschule, 41,2% (N=33) den einer Höheren Schule, 15,0% (N=12) den einer Berufsfachschule und 6,3% (N=5) den einer Fachhochschule

an, während von der Kurpatientenstichprobe zu diesen Schultypen (in der gleichen Reihenfolge) folgende Abschlüsse angegeben werden: 2,8% (N=5), 0.5%(N=1), 15%(N=27),1.1% (N=2). Keine signifikanten Unterschiede finden sich in Familienstand und Kinderzahl. Einige erhebliche Grenzen der Vergleichbarkeit beider Stichproben in soziografisch-anamnestischen Variablen dürften somit sichtbar geworden sein. Auf der anderen Seite dürften die Möglichkeiten bzw. "Potentiale" eines entsprechenden interindividuellen Vergleichs wiederum zunehmen, je weniger die von der Vergleichsgruppe, ebenso wie von der Patientengruppe, vorliegenden Variablen, d.h. die weiteren anamnestischen Kennwerte und die psychologischen Variablen von FPI, BFB, HG, FBL, SES, von jenen soziografischen Merkmalen abhängig sind. Unsere eigenen bisherigen interindividuellen Vergleiche legen nahe, daß das Geschlecht in allen den sechs eben genannten Variablenbereichen und das Alter in etwas weniger weitgehender Weise einen Einfluß nehmen, sodann die vorhandene bzw. nicht vorhandene Berufsausbildung und die in den Stimmungs- und Belastungsskalen (in letzteren auch die Kinderzahl) unterschiedliche Ausprägungen begründen. Weniger gilt dies für die Art der beruflichen Tätigkeit, was aber auch mit einer relativen diesbezüglichen Homogenität des Kurpatientenkollektivs und der stärker "varianzabsorbierenden" Variable Berufsausbildung zusammenhängen dürfte. In diesen eben genannten Gruppeneinteilungsmerkmalen ist die Patienten- mit der Vergleichsgruppe nun allerdings in gewissem Umfang doch vergleichbar, und zwar umso mehr, als die Einflüsse solcher Gruppeneinteilungsmerkmale im Verhältnis eben zum Einfluß der Zugehörigkeit zur Kurpatienten- bzw. Vergleichsgruppe konstant gehalten werden (was im Rahmen des varianzanalytischen Designs ja möglich ist). Vermutlich sind ähnliche Einschränkungen (bis hin zu einem gerade noch vertretbaren Rest an Vergleichbarkeit) hinsichtlich des Ausmaßes und der Richtung an Veränderungen innerhalb der vier Wochen des Heilverfahrens angebracht, zumal sich die Untersuchungsbedingungen und -ziele für die Vergleichsgruppe nicht ganz mit denen der Patienten vergleichen lassen.

Aus der nun genug sichtbar gewordenen"mageren" Vergleichbarkeit von Patienten- und Vergleichsgruppe ergibt sich für die weitere statistische Bearbeitung: Einmal ist es zumindest angebracht, die dichotom bzw. qualitativ unterschiedlichen Variablen (wie sie der Anamnestische Erhebungsbogen zu einem erheblichen Teil enthält) jeweils getrennt für die Männer und die Frauen beider Stichproben zu vergleichen. Zum anderen sollten bei der Gegenüberstellung in den metrischen Variablen (also den Variablen der psychologischen Fragebogen FPI, BFB, FBL, SES, HG) die genannten Faktoren des Geschlechts, des Alters und der Berufsausbildung konstant gehalten werden, um zu sehen, was dann noch an Unterschieden zwischen beiden Kollektiven bleibt. Die metrischen Variablen wurden daher (bei den Abkürzungen PV für Zugehörigkeit zur LVA-Kurpatientenstichprobe oder Vergleichsgruppe, G für Geschlecht, A für Altersgruppe, BA für Berufsausbildungsabschluß) im Rahmen eines PV-, PV-G-A- und PV-G-A-BA-Designs simultan varianzanalytisch überprüft (vgl. Tab. 34b). Auch noch ein VP-G-A-W-Design (W für die Unterscheidung von Personen mit bisher 0 oder mehr Heilverfahren) wurde angewendet. In diesem ergaben sich allerdings in keiner Weise irgendwelche Veränderungen der Haupteffekte, insbesondere derer in Abhängigkeit von PV, und auch keine neuen Haupteffekte infolge der Unterscheidung Erstkurgänger bzw. Personen mit bisher keinem Heilverfahren sowie Kurwiederholer bzw. Personen mit bisher mehr als 0 Heilverfahren (so daß wir nur die Ergebnisse aus den PV-, PV-G-A- und PV-G-A-BA-Designs in das Tabellenmaterial aufnehmen).

Setzen wir den Vergleich noch hinsichtlich der verbleibenden Variablen des Anamnestischen Erhebungsbogens (für die jeweiligen Gesamt-Männer- und Frauen-Gruppen aus Patienten- und Vergleichsgruppe -GG, MG, FG-) fort, so ergibt sich: Wie aus den oben erwähnten Unterschieden bereits zu erwarten, finden sich Unterschiede zwischen Vergleichs- und Patientengruppe auch in der Art der Berufsbeanspruchung, die von den Patienten häufiger als körperlich gekennzeichnet wird, auch in der täglichen Arbeitszeit, die sich bei

den Kurgängern mehr auf die Klasse "8 St./Tag" konzentriert (Chi^2 p zwischen $<$ .001 und $<$ .05).

Von Bedeutung für die Frage unterschiedlicher Belastetheit von Kurpatienten und Vergleichspersonen ist, daß die erstgenannten vermehrt körperliche und äußere Belastungen am Arbeitsplatz (Chi^2 p GG, MG, FG jeweils .000), zugleich eine geringere Zahl von erholungsgenutzten Urlaubstagen angeben (Chi^2 p GG, .008, MG .020, FG .041, hierbei allerdings kein varianzanalytischer Haupteffekt des PV- sondern lediglich des Ki-Faktors). In diesem Zusammenhang finden sich weiterhin die bemerkenswerten Unterschiede in der Häufigkeit der Krankmeldungen in den letzten beiden Jahren (Chi^2 p GG .001, MG - insignifikant - .082, FG .002; PV-Haupteff. über alle Desings $<$ .001, bei lediglich noch einem BA-Haupteff. $<$ .05), in der Dauer der Krankmeldungen (Chi^2 p - nicht ganz so eindeutig - GG .011, MG .088, FG .002; Haupteff. jeweils $<$ .001 neben einem signif. G- und A-Haupteff., bei längerer Dauer weiblicher und älterer Personen), im Erholungsgefühl nach dem Urlaub (Chi^2 p GG.019) und nach dem Wochenende (Chi^2 p GG .022, FG .008), in den Schlafstörungen (Chi^2 p GG. 000, MG .000, FG .005), wobei die Kurpatienten durchweg "häufiger krank" bzw. "weniger erholt" erscheinen. Damit läßt sich auch der Unterschied in Übereinstimmung bringen, daß die Patienten weniger häufig körperliche Betätigung als vorherrschende Freizeitgestaltung angeben (Chi^2 p GG. 011, MG. 005). Der Konsum an Kaffee bzw. Tee liegt bei der Vergleichsgruppe höher (Chi^2 p für GG, MG und FG .000), ebenso der Weinverbrauch, jedoch nur für GG und MG (Chi^2 p .004 und .034), umgekehrt geben die Kurpatienten, wiederum in erster Linie die Männer, einen höheren Konsum an Bier (Chi^2 p GG .000, MG .001, FG nur .375) und hochprozentigen Getränken (Chi^2 p GG .008, MG .006, FG nur .364) an. Auf die Frage, ob die Befragten Raucher sind, noch nie oder nicht mehr rauchen würden, ergeben sich keine signifikanten Unterschiede zwischen beiden Stichproben, lediglich in der Zahl der "Raucherjahre" (Chi^2 p GG. 008) in der Zeitspanne, seit der das Rauchen aufgegeben wurde (Chi^2 p .000, MG .007, FG

.000) und in der Anzahl der Raucherjahre der ehemaligen Raucher (Chi^2 GG. 022) mit höheren Werten der Patienten, was angesichts des etwas höheren Alters derselben kaum überrascht. Allerdings liegt auch deren Zigarettenkonsum höher (Chi^2 p GG .031). Nicht zuletzt geben die Kurgänger eine größere Häufigkeit an, in der sie die verschiedenen erfragten Medikamente einnehmen (Chi^2 p zwischen .001 und .05, Haupteff. $\ll$ .001 neben Haupteffekten auch des Geschlechts). Die Zahl der bisherigen Kuraufenthalte der Kurgänger ist höher als die der Vergleichsgruppe (Chi^2 p GG .000, MG .006, FG .032, Haupteff. in den verschiedenen Designs zwischen p $\ll$ .001 und $\ll$ .01).

Schließlich soll noch darauf hingewiesen werden, daß in den Fragen zur eigenen Kindheit und Herkunft einige Unterschiede zwischen den beiden Stichproben festzustellen sind, die aber nicht so durchgängig erscheinen wie etwa jene in Krankmeldungen und Erholungsgefühl, bzw. einfach nur die teilweise unterschiedliche Vorbildung auch schon der Väter zum Ausdruck bringen. Im einzelnen ergibt sich, daß die Väter der Patienten (und zwar der GG und FG, Chi^2 p .002 und .001) weniger häufig einen Berufsausbildungsabschluß erreichten, daß sich in den Fragen dazu, ob die Kindheit in der eigenen Familie oder in einer anderen Umgebung verbracht wurde, dadurch ein signifikanter (gesamtgruppenbezogener) Unterschied sichern läßt, daß die Vergleichsgruppenangehörigen ausschließlich angeben, in der eigenen Familie aufgewachsen zu sein (was sich bei den Patienten zwar in der Mehrzahl, aber nicht in der Gesamtheit der Fälle ergibt; Chi^2 p GG .020). Im übrigen erscheint bei der Vergleichsgruppe etwas häufiger die Angabe, im Dorf oder in der Großstadt aufgewachsen zu sein (Chi^2 p GG .002, FG .001).

19.2 Vergleich zwischen der Stichprobe der LVA-Kurpatienten- und der Vergleichsgruppe in den Variablen der psychologischen Fragebogen Hypochondrie und Gesundheitsverhalten HG, Freiburger Persönlichkeits-Inventar FPI, Freiburger Beschwerdenliste FBL, Adjektiv-Skalen zur Einschätzung der Stimmung SES und Erfassung subjektiver psychosozialer Belastungen im Zusammenhang mit Ehe, Familie und Beruf BFB

Die in der Überschrift genannten Variablen sind diejenigen aus den psychologischen Fragebogen, die sowohl von der Kurpatientenstichprobe als auch von der Vergleichsgruppe erhoben wurden und in denen die beiden Kollektive - unter Berücksichtigung der oben genannten Einschränkungen - miteinander verglichen werden können, und zwar an den ersten beiden Erhebungszeitpunkten. Daß dazu die drei varianzanalytischen Auswertungsdesigns PV, PV-G-A und PV-G-A-BA zugrundegelegt werden, wurde bereits erwähnt. Hier nun die Ergebnisse:

Im Fragebogen Hypochondrie und Gesundheitsverhalten HG fällt an beiden Terminen und über alle Designs hinweg auf, daß sich die Angehörigen des Kurpatientenkollektivs durch eine erhöhte "Risikovermeidung bezüglich körperlicher Gefährdung" (HG2) und "Beachtung von Krankheitsanzeichen" (HG3) hochsignifikant (Haupteff. $p \ll .001$) sowie durch ein größeres "Mißtrauen gegenüber dem eigenen Körper" (HG4) von den Angehörigen der Vergleichsgruppe unterscheiden. In HG4 verringert sich allerdings dieser Unterschied zum 2. Termin (p zwischen $\ll .05$ und $\ll .01$, nur im PV-G-A-BA-Design $\ll .05$, im Vergleich zum 1. Termin (p durchweg $\ll .001$). Dies hängt offenbar damit zusammen, daß sich die Kurpatienten zum Ende ihres Heilverfahrens als vermindert mißtrauisch bezüglich ihres Körpers erfahren. Auffällig ist sodann in den Dimensionen des FPI, daß sich die Kurpatienten an beiden Erhebungsterminen als vermindert offen im Verhältnis zu den Personen der Vergleichsgruppe beschreiben (Haupteff. p jeweils $\ll .001$). Dabei zeigt die Erweiterung von "PV" um die varianzanalytischen Faktoren G, A usw. lediglich die bereits bekannten geschlechts- und altersspezifischen Ausprägungen der FPI-Variablen, ohne daß eine Änderung in den Werten der Offenheitsskala stattfinden

würde.PV zeigt darüber hinaus, insbesondere in dem Design, in dem die berufsausbildungsspezifische Gruppeneinteilung einbezogen wird, Wechselwirkungen: In FPI2 (Aggr. und zwar in Form von PVxGxBA zum 1. Termin und PVxAxBA zum 2. Termin; in FPIE (Extrav.) als PVxGxA zum 2. Termin. Eindeutig sind die Differenzen in der FBL.Kurpatienten geben erheblich mehr Beschwerden als Nichtkurgänger an (Haupteff. p jeweils $<$ .001). Nicht ganz auf so stabile Weise, aber doch noch recht durchgängig finden sich in den verschiedenen Designs und zu den beiden Terminen Unterschiede in den SES-Stimmungsskalen. So ist zunächst einmal festzustellen, daß, nur wenig abhängig von Terminen und Designs (was sich in Unterschieden lediglich des Signifikanzniveaus, nicht aber der Signifikanz als solcher ausdrückt) die Kurpatienten ihr Stimmungsgeschehen als vermehrt gereizt und vermindert gehoben (SES2 und SES1) im Vergleich zur Vergleichsgruppe beschreiben (Haupteff. p zwischen $<$ .05 und $<$ .001). Außerdem erscheinen die Patienten vermindert aktiviert (SES3); dies stellt sich in statistisch bedeutsamer Weise aber nur zum Kuranfangstermin heraus und dürfte somit die Veränderung der Patienten in Richtung vermehrter Aktiviertheit zum Kurende zum Ausdruck bringen (vgl. 22). Sehr stabil in den einzelnen Designs ist schließlich ein höherer Müdigkeitswert der Patienten zum 2. Termin (Haupteff. p zwischen $<$ .01 und $<$ .001) im Vergleich zu den Nichtkurgängern festzustellen. Was die Interaktionen betrifft, so sind diese im PV-G-A-Design noch auf jeweils eine mit dem Geschlecht, und zwar zum 1. Termin in SES7 (Ausg. St.) und zum 2. Termin in SES6 (Müdigk.) beschränkt (p $<$ .05), nehmen aber in der PV-G-A-BA-Kombination erheblich zu, z.B. mit BA in SES3 (mit ebenfalls geringerer Aktiviertheit der Personen ohne BA; weitere WWn siehe Tab. 34).

Recht eindrucksvoll sind schließlich die Ergebnisse in den BFB-Variablen. Zu beiden Terminen und in den verschiedenen varianzanalytischen Auswertungsplänen findet sich, daß sich die Kurpatienten im Zusammenhang mit ihrer täglichen Arbeit

sowohl als vermehrt beansprucht bzw. überfordert als auch als erhöht unzufrieden (mit Arbeit, Kollegen und Bezahlung) im Vergleich zu den Nichtkurgängern beschreiben (BFB2 und BFB3, Haupteff. p zwischen $<.05$ und $< .001$). Gleichwohl wird deutlich, daß sich - bei keinen signifikanten Unterschieden in der ehebezogenen Belastung - in bezug auf die Interaktion mit den eigenen Kindern die Nichtkurgänger der Vergleichsgruppe als etwas belasteter als die Kurpatienten beschreiben (Haupteff. $p < .05$).

19.3 Diskussion

Zunächst ist nochmals darauf zu verweisen, daß die Vergleichsgruppe (N=80) relativ mehr Personen als die Kurpatientenstichprobe mit "gehobeneren" schulischen, ausbildungsmäßigen und beruflichen Voraussetzungen enthält und unter anderen Bedingungen und mit etwas anderen Zielen als jene untersucht wurde. Die Vergleichsgruppe ist somit keine Kontrollgruppe im engeren Sinne, also insbesondere mit den erforderlichen möglichst weitgehenden Parallelisierungen, und dieser Umstand setzt dem Interpretationsspielraum hinsichtlich der aufgefundenen Unterschiede seine Grenzen. Auch unter diesen Einschränkungen bleibt es noch eindrucksvoll, wie sich die Kurpatienten von den Nichtkurgängern (Vergleichsgruppe) teilweise in "lehrbuchähnlicher" Weise unterscheiden. Diese Unterschiede wurden, soweit es sich um dichotome und sehr schief verteilte Variablen handelt, mit Hilfe von Chi^2-Tests für die gesamte, männliche und weibliche Gruppe und, soweit es sich um metrische Variablen handelt, anhand von varianzanalytischen Designs (PV-, VP-G-A, VP-G-A-BA) untersucht. Diese interindividuellen Unterschiedsanalysen können sich auf die Variablen des Anamnesebogens und der aus T1 und T2 vorliegenden psychologischen Fragebogen HG, FPI, FBL, SES, BFB beziehen. Zunächst sind es die innerhalb des Anamnestischen Erhebungsbogens vorkommenden Variablen, wie Häufigkeit und Dauer der Erkrankungszeiten (ähnlich z.B. WEBER und MÜLLER 1977), Erholungsgefühl, Schlaf, vorherrschende Form der Freizeitge-

staltung, Medikamentenverbrauch und Zahl bisheriger Kuraufenthalte, in denen sich die Kurgänger als subjektiv belasteter, weniger erholt und vermehrt krank darstellen. In dem Konsum von Genussmitteln, alkoholischen Getränken und in den Rauchgewohnheiten sind die Unterschiede nicht ganz so eindeutig. Die Kurgänger trinken offenbar mehr Bier und hochprozentige Getränke, hingegen weniger Kaffee bzw. Tee sowie Wein als die Nichtkurgänger. Dabei gelten die Unterschiede in Bier und "schärferen" Getränken offenbar vor allem für die Männer. Diese Unterschiede können damit zusammenhängen, daß sich in der Vergleichsgruppe mehr Angestellte und Hausfrauen befinden, die vermutlich einen höheren Konsum an Kaffee und Tee als die Arbeiter haben, die ja wiederum unter den Kurgängern häufiger vertreten sind. Die gegensätzlichen Unterschiede im Wein- und Bierkonsum können ebenfalls mit diesen berufsspezifischen Vorbedingungen zusammenhängen, wobei Arbeiter eher Bier und Angestellte eher Wein trinken. Allerdings kann hierfür noch ein anderer, nämlich regionaler Unterschied verantwortlich sein. Die Kurgänger kommen in der überwiegenden Mehrzahl aus Bayern, die Nichtkurgänger hingegen überwiegend aus dem südbadischen Raum.

Offensichtlich findet sich die sich in den anamnestischen Variablen abzeichnende erhöhte Belastung, vielleicht auch geringere Belastungsresistenz (vgl. DELIUS 1975a) der Kurgänger auch in den Skalen zur Erfassung psychosozialer Belastungen (BFB). Die in diesem Fragebogen gefundenen Differenzen machen im Rahmen verschiedener varianzanalytischer Auswertungen immer wieder deutlich, daß es die - subjektiv geschilderten - arbeits- und berufsbezogenen Belastungen sind, durch die die Kurpatienten gegenüber der Vergleichsgruppe besonders gekennzeichnet sind. Im Gegensatz dazu steht allerdings das Ergebnis, daß in den kinderbezogenen Belastungen etwas höhere Werte nicht der Kurgänger sondern der Vergleichsgruppenangehörigen sichtbar werden. Neben dem 1. naheliegenden Grund für dieses zumindest teilweise "divergente Belastungsmuster", daß der Schwerpunkt psy-

chosozialer Belastungen der Kurgänger tatsächlich mehr im arbeitsplatzbezogenen bzw. betrieblichen und weniger im häuslichen Bereich liegt (in der ehebezogenen Belastung finden sich keine signifikanten Haupteffekte), wäre noch zu erwägen: 2. Die Befragung der Kurgänger fand unter einer fremden und nichthäuslichen Umgebung statt, was in bezug auf die im Vergleich zum Arbeitsplatz emotional vermutlich "näheren" Ehepartner und Kinder vielleicht Milde- bzw. Harmonisierungseffekte nahelegte. Die Befragung der Vergleichsgruppe fand eher im häuslichen Bereich statt, also gleichsam inmitten der gewohnten, d.h. auch mehr oder weniger belastenden, Umgebung. Gleichwohl können sich die Befragten dadurch - gerade hinsichtlich der ehe- und kinderbezogenen Belastungen vermehrt kontrolliert fühlen.
3. Unabhängig von dem Aufforderungscharakter der Situationen kann auch die individuelle Offenheit auf die Beantwortung der Belastungsfragen Einfluß nehmen. Zusammenhänge im Sinne höherer Belastungswerte in BFB1 bei höherer Offenheit im FPI deuten sich, allerdings in numerisch geringem Umfang, an (vgl. Tab. 30). Abgesehen davon ist zu berücksichtigen, daß die Offenheit der Selbstschilderung bei den Kurpatienten offenbar geringer als bei den Vergleichspersonen ist.

Was sich neben den genannten erhöhten Belastungen wie eine Bestätigung des "Kurpatienten mit vorwiegend psychovegetativen Störungen" darstellt, sind die erhöhten Beschwerdenwerte und die vermehrt gereizte und vermindert gehobene Stimmung, ebenso die geringere Aktiviertheit (die allerdings nur zum 1. Termin deutlich wird und sich im Laufe der Kur erhöht) und nicht zuletzt die betont hypochondrische Haltung der Patienten gegenüber den Vergleichspersonen, wie sie sich in erhöhten Tendenzen zu Risikovermeidung und Krankheitszeichenbeachtung sowie einem größeren Mißtrauen gegenüber dem eigenen Körper manifestiert (vgl. JORES 1973, KIJANSKI 1973). Damit erscheint auch konsistent, daß im Bereich der Persönlichkeitsmerkmale nur Unterschiede hinsichtlich der Offenheit, mit der die Befragten ihr Erleben und

Verhalten schildern, zumindest nicht signifikant hingegen z.B. in "Neurotizismus", auftreten. Diese "Offenheit" ist, wie z.B. auch MENTZEL (1976, S. 262) im Hinblick auf psychovegetativ gestörte Kurgänger annimmt, u.a. durch charakteristische Abwehrmechanismen unter diesen Personen, wie der "Unterdrückung", offenbar auch - wie unsere Befunde zu den Variablenzusammenhängen nahelegen (vgl. Tab. 31) - durch hypochondrische, in Form von Risikovermeidung und Symptomaufmerksamkeit wirksame, Verarbeitungsformen eingeschränkt (z.B. r FPI9-1 und HG2-1 .19, $p < .05$, r FPI9-2 und HG2-2 .25, $p < .001$ jeweils beim Patientenkollektiv).

19.4 Hypothesenprüfung

Wir können nun die beiden auf die interindividuellen Unterschiede zwischen der LVA-Kurpatienten- und Vergleichsgruppe bezogenen Hypothesen überprüfen. Sie werden jeweils nochmals genannt, mit den betreffenden, oben beschriebenen Ergebnissen verglichen und auf ihre Bestätigung bzw. Nichtbestätigung hin bewertet.

Hypothese zu krankheitsbedingten Fehlzeiten: "Die krankheitsbedingten Fehlzeiten der Kurpatienten sind im Vergleich zu denen einer Vergleichsgruppe, jeweils im Zeitraum der letzten beiden Jahre vor dem Zeitpunkt des Heilverfahrens, eher erhöht". Angesichts der im Rahmen verschiedener varianzanalytischer Auswertungsdesigns und im Rahmen einfacher statistischer Prüfverfahren deutlich gewordenen erhöhten Häufigkeit und Dauer der Krankheitszeiten bei den Kurpatienten gegenüber den Vergleichspersonen kann die Hypothese als bestätigt angesehen werden.

Hypothese zu Unterschieden in Psychologischen Variablen: "Die Werte der Kurpatienten in Variablen der Fragebogen FB1, SES und HG sowie FPI sind im Vergleich zu den Werten einer Vergleichsgruppe bedeutsam in Richtung vermehrter "Gestört-

heit" erhöht, während sich im Fragebogen BFB vor allem berufsbezogene Belastungen der Kurpatientengruppe gegenüber der Vergleichsgruppe herausstellen."

Aufgrund der im Rahmen verschiedener varianzanalytischer Auswertungsdesigns gefundenen deutlichen Unterschiede zwischen LVA-Kurpatienten und Nichtkurgängern in den subjektiven Beschwerden (FBL), in den Belastungsskalen "Beanspruchung und Überforderung in der Arbeit" und "Unzufriedenheit mit Arbeit, Kollegen und Bezahlung" (BFB) den Stimmungsskalen "Gehobene Stimmung" und "Gereizte Stimmung" und (nur zum Kuranfang) in "Aktiviertheit" und (nur zum Kurende) in "Müdigkeit" (SES), in Offenheit der Selbstschilderung (FPI) und in der Tendenz zur "Risikovermeidung bezüglicher körperlicher Gefährdung" und "Beachtung von Krankheitsanzeichen" sowie in dem zum Kuranfang ausgeprägteren "Mißtrauen gegenüber dem eigenen Körper" (HG) kann die Hypothese als gut bestätigt angesehen werden. Indirekt sprechen für die Hypothese auch die in dem Anamnestischen Erhebungsbogen aufgefundenen Unterschiede im Sinne erhöhter subjektiver Belastung der Kurgänger.

19.5 Zusammenfassung

Die ausgewählte Vergleichsgruppe (N=80) kann im Verhältnis zur LVA-Kurpatienten-Stichprobe nur in begrenztem Ausmaß als vergleichbar angesehen werden, da sie strengeren Parallelisierungsanforderungen, die im Hinblick auf eine Kontrollgruppe gelten, nur teilweise entspricht. Die Vergleichsgruppe zeigt in den Untersuchungsbedingungen sowie in den schulischen und ausbildungsmäßig-beruflichen Voraussetzungen im Verhältnis zu den Kurgängern vermehrt "gehobene" Verhältnisse.
Statistisch anhand von Chi^2 - Tests und Varianzanalysen (PV, PV-G-A, PV-G-A-BA) zu sichernde Unterschiede, die eine erhöhte subjektive Belastung und Krankheitsneigung der Kurpatienten gegenüber den Vergleichspersonen anzeigen,

finden sich sodann in Krankheitszeiten, Erholungsgefühl, Schlaf, vorherrschender Freizeitgestaltung, Medikamentenkonsum und Zahl bisheriger Kuraufenthalte. Im Konsum von Genussmitteln und alkoholischen Getränken zeigt sich, daß die Kurgänger vermehrt Bier und hochprozentige Getränke einnehmen, während die Nichtkurgänger mehr Wein sowie Kaffee und Tee trinken. Die Angehörigen der beiden Kollektive unterschieden sich aber nicht signifikant darin, ob sie Raucher bzw. Nichtraucher sind. In den psychologischen Fragebogen finden sich bei Konstanthaltung verschiedener Faktoren, wie Geschlecht, Alter und Berufsausbildungsabschluß, einige deutliche Unterschiede: Die Kurgänger geben im Vergleich zu den Nichtkurgängern in höherem Ausmaß subjektive Beschwerden (FBL), eine vermehrt gereizte und vermindert gehobene Stimmungslage, eine (nur zum Kuranfang anzutreffende) verminderte "Aktiviertheit" und größere "Müdigkeit" (nur zum Kurende) (SES) an. Außerdem kennzeichnen sie sich durch eine verminderte Offenheit in der Selbstschilderung (FPI) sowie durch erhöht hypochondrische Züge im Hinblick auf "Risikovermeidung bezüglich körperlicher Gefährdung", "Beachtung von Krankheitsanzeichen" und (ein deutlicher zum Kuranfangs- als zum Kurendezeitpunkt ausgeprägtes)"Mißtrauen gegenüber dem eigenen Körper". Nicht zuletzt schildern sich die Kurgänger im Vergleich zu den Nichtkurgängern als vermehrt im beruflichen Bereich beansprucht und überfordert sowie erhöht unzufrieden mit der Art ihrer beruflichen Arbeit, der Bezahlung und den Kollegen (BFB). Die Ergebnisse werden hinsichtlich ihrer Beziehung zu Beschreibungen von Personen mit psychovegetativen Störungen und bezüglich neu aufgeworfener Fragen diskutiert. Schließlich werden die beiden zu Unterschieden in Krankheitszeiten und psychologischen Variablen formulierten Hypothesen überprüft und als bestätigt befunden.

20 Ergebnisse zu Frage 8: Welche dimensionsanalytischen Zusammenhänge finden sich pro Erhebungstermin zwischen den verschiedenen Variablenbereichen?

20.1 Vorbemerkungen

Die vorliegende Frage zielt auf die zusammenhangs- bzw. faktorenanalytisch zu verwirklichende Erkundung umfassender Datenstrukturen pro jeweiligem Erhebungstermin ab. Dazu gehen wir aus: Erstens von den Variablen der psychologischen Fragebogen jeweils zum 1., 2. und 3. Erhebungstermin, und zwar in der Form, in der sie als (bereits faktorenanalytisch vorstrukturierte) Summenwerte in die bisherigen Datenauswertungen einbezogen wurden. Soweit wir auch die Interviewdaten einbeziehen, tun wir dies ebenfalls auf der Basis der durch die bereits früher dargestellten (vgl. 13) faktoren- und itemanalytischen Auswertungen vorgegebenen Summenwertzuordnungen (d.h. z.B. unter Ausschluß der komplexen Items zur Selbsteinschätzung von "Ehrgeiz" und "strenger Kindheit"). Zweitens gehen wir von den einzelnen Kennwerten des Anamnestischen und Katamnestischen Erhebungsbogens aus, die wir zum Teil und bei bestimmten der verschiedenen Faktorenanalysen ebenfalls zu Summenwerten, wiederum auf der Grundlage der früheren dimensionsanalytischen Auswertungen, verrechnen. Drittens sind es Variablen, die bisher noch nicht über faktorenanalytische Auswertungsprozeduren "vordimensioniert" wurden, von denen wir ausgehen (so etwa ein Großteil der medizinischen Kennwerte).

Diese drei Datenbereiche werden terminspezifisch, also im zeitlichen Querschnitt, in verschiedene Faktorenanalysen einbezogen.(Erst weiter unten - vgl. 26 - berichten wir von zusammenhangsanalytischen, insbesondere regressionsanalytischen Auswertungen, die wir im zeitlichen Längsschnitt, also zwischen den verschiedenen Erhebungszeitpunkten, vorgenommen haben.)

Die vorliegende querschnittsorientierte Auswertung umfaßt, was T1 und T2 betrifft, die gesamte LVA-Kurpatienten-Stichprobe (bzw., soweit von Interesse, die gesamte Vergleichsgruppe). während die auf T3 bezogenen Analysen die Stichprobe der Katamneseteilnehmer (vgl. 12.3) umfassen. Dabei halten wir wieder den Grundsatz bei, nur die Personen zu erfassen, von denen die pro Faktorenanalyse interessierenden Variablen vorhanden sind. Daraus folgt, daß wir um missing data verringerte Stichprobengrößen in Kauf nehmen. Im Falle der Interviewvariablen, in Form der zu den drei Dimensionen faktoren- und itemanalytisch sinnvollen Summenwerte (vgl. oben), machen wir von diesem prinzipiellen Vorgehen eine Ausnahme.Sie besteht darin, daß wir, da uns die dimensionsanalytische Verankerung der drei Interviewfaktoren interessiert, bei dem einzigen derselben, der sich auf eine kleinere (N=65) anstatt auf die gesamte Patientengruppe bezieht, nämlich beim bezugspersonenorientierten Kindheitserinnerungsfaktor, eine mittelwertorientierte missing-data-Korrektur einführen. Dabei setzen wir in den Fällen den Mittelwert ein, die als Differenz bis zu dem N, das sich bei den ansonsten tatsächlich vorhandenen Variablen ergibt (z.B. im Falle der Faktorenanalyse zu psychologischen, anamnestischen und medizinischen Variablen des T1 N=105), verbleiben. Diese Ausnahmeregelung treffen wir wohlgemerkt nur in den Faktorenanalysen, in denen wir die Interviewvariablen auch einbeziehen (siehe unten). Sollten sich unter diesen Umständen noch eindeutige dimensionsanalytische Einordnungen der bezugspersonenorientierten FE-Variable ergeben, dann ist dies eher von vermehrter als von verminderter Bedeutung.

In inhaltlicher Hinsicht interessieren uns bei der vorliegenden terminspezifischen Auswertung neben der über möglichst zahlreiche Einzelvariablen hinweg sichtbar werdenden Datenstruktur besonders die darin vorfindlichen zusammenhangs- und dimensionsanalytischen Anordnungen erstens der psychologischen Fragebogenvariablen, einschließlich der kurbezogenen Einstellungen und Bewertungen (EzK, BdK)

sowie der Einschätzungen der Patienten durch die Angehörigen des medizinisch-therapeutischen Personals, zweitens dieser psychologischen Fragebogenvariablen in Beziehung zu den anamnestischen, katamnestischen und medizinischen Variablen.

Über eine solche unmittelbare Erkundung hinaus sollen uns diese Analysen Anhaltspunkte zu der Bildung von Prädiktoren bzw. unabhängigen Variablen geben, die wir bei der späteren Frage zur Bedingungsvariation kurerfolgsrelevanter Merkmale (vgl. 26) benötigen.

Es soll noch darauf hingewiesen werden, daß wir uns bei den vorliegenden Auswertungen auf umfassende Datenstrukturen mehr als auf spezielle konzentrieren, weshalb wir auch unterschiedliche Skalenniveaus der Variablen (vgl. 12.3) in Kauf nehmen. In interessierenden Spezialfällen, z.B. zur Beziehung zwischen den EzK- und den persönlichkeitspsychologischen Variablen von FPI und BPI, greifen wir, und zwar jeweils in der Diskussion, auf Korrelationen, auch auf (multiple) Regressionen, zurück.

Die faktorenanalytischen Auswertungen erfolgen, wie bereits im Falle der methodenspezifischen Analysen, anhand des Hauptkomponentenmodells (Programm FACTOR, zur Korrelationsrechnung Programm PEARSON CORR, zur Regressionsrechnung Programm REGRESSION).

Über die Faktorenanalysen informieren die Tab. 35-4o, über die Korrelationsanalysen die Tab. 30-33 und über die Regressionsanalysen die Tab.57.

Die faktorenanalytischen Auswertungen nehmen wir aus den dargestellten Überlegungen heraus in mehreren, insgesamt 6 Gruppen, vor. Dabei handelt es sich um folgende:

1. Faktorenanalysen der Variablen der psychologischen Fragebogen (ohne EzK und BdK) zu den einzelnen Erhebungszeitpunkten für die Stichprobe der LVA-Kurpatienten;
2. Faktorenanalysen der Variablen der psychologischen Fragebogen zum 1. Erhebungstermin und zusätzlich der zum 1. Termin vorliegenden drei EzK-Variablen und der drei

Interviewfaktoren (jeweils Summenwerte) für die LVA-Kurpatientenstichprobe;

3. Faktorenanalysen der Variablen der psychologischen Fragebogen zum 2. Erhebungstermin und zusätzlich der zum 2. Termin vorliegenden Variablen des Fragebogens BdK und des Gruppenarzt- und Gruppenbetreuerin-Ratings für die LVA-Kurpatientenstichprobe;
4. Faktorenanalysen derjenigen Variablen der psychologischen Fragebogen zum 1. sowie 2. Erhebungstermin, die sowohl von der Kurpatienten- als auch der Vergleichsgruppe vorliegen;
5. Faktorenanalysen unter Einbeziehung der Variablen der psychologischen Fragebogen, der EzK- und Interviewfaktoren, der Kennwerte des Anamnestischen Erhebungsbogens, der medizinischen Kennwerte, und zwar jeweils aus dem ersten Erhebungstermin, außerdem der (dichotomisierten) Variablen zur zusätzlichen psychologischen Behandlung (erhalten bzw. nicht erhalten) und zur Hauptdiagnose (Zuordnung zu anderen Hauptdiagnosen als der des "Psychovegetativen Syndroms" bzw. Zuordnung zu dieser Hauptdiagnose).
6. Faktorenanalyse der zum 3. Erhebungstermin vorliegenden psychologischen Fragebogenvariablen und der Variablen des Katamnestischen Erhebungsbogens (zusätzlich einzelner spezifischer anamnestischer, diagnose- und behandlungsspezifischer Kennwerte).

Zur Entscheidung über die angemessen erscheinende Zahl der zu interpretierenden Faktoren werden die bekannten Gesichtspunkte (vgl. 12.3 und 13) herangezogen. Wir gehen nun nacheinander auf die genannten Faktorenanalysen ein. Es folgen Diskussion (mit der Angabe einzelner zusammenhangsanalytischer Ergebnisse) und Zusammenfassung.

20.2 Faktorenanalytische Auswertungen zu den verschiedenen Variablenbereichen

20.2.1 Faktorenanalysen der Variablen psychologischer Fragebogen (ohne EzK und BdK) zu den einzelnen Erhebungszeitpunkten für die Stichprobe der LVA-Kurpatienten

Hier werden die Strukturen von solchen Variablen dargestellt, die keinen unmittelbaren Bezug zum Heilverfahren haben oder/und in der Testentwicklung noch nicht weit fortgeschritten sind (wie z.B. EzK, BdK, Psychologisches Interview). Die dementsprechenden Ergebnisse werden nacheinander zum 1., 2. und 3. Erhebungstermin dargestellt (N= 111, 113 und 101).

20.2.1.1 Faktorenanalysen der Ausprägungen psychologischer Fragebogenvariablen zum 1. Termin

Was die interpretierbare Lösung betrifft, so wären unter den Gesichtspunkten des Eigenwerteverlaufs und der inhaltlichen Interpretierbarkeit sowohl eine 5-Faktoren- als auch eine 7- und 8-Faktorenlösung vorstellbar (vgl. Tab. 35). Zunächst zur 5er-Lösung: Hier finden sich auf dem 1. Faktor recht eindeutige Höchstladungen der Aggressivitäts-, Offenheits- und Neurotizismusskala des FPI, ebenso der Gehemmtheits-, Erregbarkeits-, Depressivitäts-, Nervositäts- und Lügentendenzskala des BPI (bei einer noch beachtlichen, aber nicht maximalen Ladung des eher psychologischen Krankheitskonzepts KKB1 und der Müdigkeitsskala der SES). Somit zeichnet sich ein Faktor von Persönlichkeitsmerkmalen mit Kennzeichen psychischer Spannung und Konflikthaftigkeit sowie Reizbarkeit ab.

Auf dem 2. Faktor laden die Beschwerdenwerte (FBL), die Krankheitskonzepte "Stress und Schonung" sowie "Körperleiden und Organmedizin" (KKB2, 3), die Hypochondrieskalen "Mißtrauen gegenüber Ärzten und Therapien", "Strikte Risikovermeidung bezüglich körperlicher Gefährdung" und "Beachtung von Krankheitsanzeichen" (HG 1, 2, 3) am höchsten;

hinzu kommen Negativhöchstladungen der Aggressivitäts-, Extraversions- und Offenheitsskalen des FPI (bei einer mittleren Ladung auch der "Nervosität" aus dem BPI). So wird ein Faktor sichtbar, der bekannte Merkmale psychovegetativer Gestörtheit in Verbindung mit somatischer und externaler Beschwerdenattribuierung bei eher verminderter Offenheit in der Selbstdarstellung enthält.

Auf dem 3. Faktor laden die beiden Mißtrauensvariablen (Misstr. geg. Ärzte u. Therap.; und Misstr.geg. eig.Körp.) des HG am höchsten negativ, die SES-Variablen "Gehobene Stimmung", "Aktiviertheit" und "Ausgeglichene Stimmung" am höchsten positiv. Es zeichnet sich mit dieser Merkmalskombination ein Phänomen von Zuversicht, Gelassenheit und Wohlbefinden ab. Unterstützt wird diese Interpretation noch durch mittelhohe Negativladungen der subjektiven Beschwerden (FBL) der ehebezogenen Belastung und der berufsbezogenen Unzufriedenheit (BFB1,3),der "Emotionalen Labilität" (FPI N), der "Gedrückten Stimmung" (SES4), der "Depressivität" und sexuellen Konflikthaftigkeit (BPI4, BPI5).

Auf dem 4. Faktor lädt das Krankheitskonzept "Seelische und psychosoziale Probleme, Psychotherapie" neben den Belastungsskalen des BFB, einem mehr arbeitsbezogenen Krankheitskonzept (KKB4) und der Intimbereichsskala des BPI. So ist offenkundig, daß hiermit das Ausmaß subjektiver, mit dem alltäglichen beruflichen und familiären Leben zusammenhängender Belastungen, verbunden mit einem gewissen Psychogeneseverständnis für die eigenen Beschwerden, erfasst wird.

Auf dem 5. Faktor schließlich laden die SES-Variablen "Mißstimmung", "Gedrückte Stimmung" und "Müdigkeit" am höchsten. Es klingen damit Verdrossenheit, Reizbarkeit und auch Bedrücktheit im subjektiven Befinden an.

Die Eigenwerte der bisher dargestellten 5 Faktoren liegen bei 6,41, 2,56, 2,31, 2,20 und 1,62, die Varianzanteile betragen 21,4, 8,5, 7,7, 7,3 und 5,4%. Da der Eigenwertanteil auch noch weiterer Faktoren über 1 liegt und so-

wohl nach dem 7. als auch nach dem 8. Faktor vom SCREE-Test und von der Interpretierbarkeit her eine Extraktion vertretbar erscheint, gehen wir nun auch auf die 7- und 8-Faktorenlösung ein. Die auf dem 1. Faktor gefundenen Höchstladungen von Introvertiertheit, Neurotizismus (FPI), ebenso von "Gehemmtheit", "Erregbarkeit", "Nervosität" und "Depressivität" (BPI) werden im Falle einer größeren Faktorenzahl, z.B. 7, eindeutiger. Neu hinzu tritt eine Höchstladung der Sexualitätsskala des BPI (BPI5) und eine klare Höchstladung des psychosozial-psychotherapeutischen bzw. "psychologischen" Krankheitskonzeptes KKB1. Nicht mehr als auf dem 1. Faktor höchstladend erweisen sich die beiden Offenheitsskalen aus FPI und BPI und die Aggressivitätsvariable des FPI: Sie konstituieren nun den 2. Faktor, der sich somit als Faktor der Aggressivität und Erregbarkeit in Verbindung mit offener Selbstbeschreibung bezeichnen läßt. Der 3. Faktor der Zuversicht, der Gelassenheit und des Wohlbefindens findet sich erneut, und zwar mit nun noch eindeutigeren Ladungsmustern. Bei den bisherigen Faktoren 4 und 5, die auf psychosoziale Belastungen (4), sowie auf ein eher unlustbetont-bedrücktes Befinden (5) hindeuten, zeigen sich in der 7er-Lösung folgende Änderungen: Es ergibt sich, nun an 4. Stelle, weiterhin ein "Mißbefindens"-Faktor und ein eigener, nun an 5. Stelle erscheinender, auf psychosoziale Belastungen (im Zusammenhang mit Ehe- und Familienleben) bezogener Faktor. Von den anderen beiden BFB-Variablen erreicht diejenige, anhand derer arbeitsbezogene Beanspruchung und Überforderung erfasst werden (BFB2), eine eigene Höchstladung auf dem 6. Faktor. Dieser Faktor ist, außer den noch neu hinzutretenden Höchstladungen von "Trägheit" (SES5) und arbeitsbezogener Krankheitskonzeption (KKB4), im wesentlichen der Faktor 2 der psychovegetativen Gstörtheit aus der 5er-Lösung (also mit positiven Höchstladungen von HG1, 2, 3, FBL, KKB2, KKB3 und mit negativen Höchstladungen von "Aggressivität", "Offenheit" und "Extraversion" aus dem FPI).

Der neue 7. Faktor erweist sich mit den negativen Höchstladungen von Risikovermeidung und Krankheitszeichenbe-

achtung (HG2, HG3), mit positiven Höchstladungen der berufsbezogenen Unzufriedenheit (BFB3) und der Negativhöchstladung von "Müdigkeit" (SES6) als Faktor der beruflichen Unzufriedenheit, mit dem eine verminderte Ausprägung bzw. Wahrnehmung von Ermüdung, Krankheitsanzeichen und körperlichen Risiken einhergehen.

Die bisher beschriebenen 7 Faktoren bleiben auch in der 8er-Lösung weitgehend erhalten. Lediglich der im Zuge der 7er-Lösung identifizierte Faktor 2 spaltet sich auf in einen eigenen "Offenheitsfaktor" (mit Höchstladungen der entsprechenden FPI- und BPI-Skala) und einen Faktor der Extravertiertheit und Aggressivität in Verbindung mit subjektiver arbeitsbezogener Beanspruchung und Überforderung (BFB2, die somit nicht mehr auf dem ansonsten unveränderten 6. Faktor hoch lädt) bei dementsprechendem Krankheitskonzept (Höchstladungen also von FPI2, FPIE, BFB2, KKB4). Der bisherige 7. Faktor bleibt inhaltlich unverändert und erscheint lediglich an 8. Stelle.

Die Eigenwerte und Varianzen der jetzt neu hinzugekommenen Faktoren 6, 7 und 8 betragen 1,36, 1,32 und 1,25 sowie 4,5, 4,4 und 4,2%. Insgesamt klären die 8 Faktoren einen Varianzanteil von 63,5%, also nahezu zwei Drittel, auf. Neben diesem beträchtlichen Varianzanteil sprechen auch die hierbei inhaltlich und vom Ladungsmuster her noch schärfer hervortretenden Ausprägungen für die 8-Faktorenlösung.

Im einzelnen werden die Faktoren sodann benannt als

1. Faktor der störungsrelevanten Persönlichkeitsmerkmale in Verbindung mit einem psychosozial-psychotherapeutischen Krankheitskonzept;
2. Faktor der Offenheit in der Selbstbeschreibung;
3. Faktor der Zuversicht, der Gelassenheit und des Wohlbefindens;
4. Faktor des unlustbetonten und bedrückten Stimmungs- und Befindensgeschehens;
5. Faktor subjektiver psychosozialer Belastungen im Zusam-

menhang mit dem Ehe- und Familienleben;
6. Faktor der psychovegetativen Störung;
7. Faktor der Extravertiertheit und Aggressivität im Zusammenhang mit berufsbezogener subjektiver Beanspruchung und Überforderung;
8. Faktor der berufsbezogenen Unzufriedenheit bei verminderter Beachtung unangenehmer somatischer Zustände.

20.2.1.2 Faktorenanalysen der Ausprägungen psychologischer Fragebogenvariablen zum 2. Termin

Eine faktorenanalytische Auswertung der Variablen der weiterentwickelten psychologischen Fragebogen (also ohne Einschluß der ebenfalls zum 2. Termin erhobenen BdK- und Arzt- und Betreuerin-Rating-Variablen) auf der Basis einer 4- bis 10-Faktorenlösung lässt erkennen, daß, wie zum 1. Termin, eine 8-Faktorenlösung als angemessen erscheint (vgl. Tab. 35).

Der 1. Faktor erweist sich erneut eindeutig als Faktor der belastungs- und konfliktrelevanten Persönlichkeitsmerkmale, wie sich aus den Höchstladungen von Introvertiertheit und Neurotizismus (FPIE und FPIN), sowie von "Gehemmtheit", "Nervosität", "Depressivität", "Intimbereich" (BPI, bei substantieller aber nicht maximaler Ladung von Erregbarkeit) entnehmen läßt.

Auf dem 2. Faktor finden sich wiederum Höchstladungen der beiden Offenheitsskalen des BPI und FPI, außerdem der Trägheitsskala der SES. Es wird also ein Faktor der Offenheit der Selbstbeschreibung sichtbar.

Der 3. Faktor kann mit seinen Höchstladungen von FBL sowie SES2, 4 und 6 (Mißtr., Gedr.St. und Müd.) als Faktor psychovegetativer Gestörtheit angesehen werden, ohne daß allerdings die zum 1. Termin gegebenen Höchstladungen von HG- und KKB-Variablen erneut auftreten.

Als Faktor der subjektiven arbeitsbezogenen Überforderung, und zwar in Verbindung mit eher somatischen und umgebungs-,

insbesondere arbeitsbezogenen, Krankheitskonzepten und Behandlungsvorstellungen erweist sich der 4. Faktor, auf dem die entsprechenden KKB-Variablen (2,3,4) Höchstladungen zeigen.

Dagegen lädt das eher "psychologische" Krankheitskonzept (KKB1), und zwar in Verbindung mit ehe- und kinderbezogener psychosozialer Belastung (BFB1 und BFB4; dem Faktor 5 aus T1) am höchsten auf dem 5. Faktor, der somit überwiegend wieder als Faktor psychosozialer Belastung im Zusammenhang mit dem Ehe- und Familienleben, nun bei eher psychosozial-psychotherapeutischem Krankheitskonzept, bezeichnet werden kann.

Höchstnegativladungen von "Körperleiden und Organmedizin" (KKB 3) sowie der "Beachtung von Krankheitsanzeichen" (HG3) bei maximaler positiver Ladung der Aggressivitätsvariable (FPI2) sind das Kennzeichnende des 7. Faktors, der somit als Aggressivitätsfaktor bei herabgesetzter Beachtung unangenehmer somatischer Zustände bezeichnet werden kann (und teilweise dem Faktor 8 aus Termin 1 ähnelt). Maximale negative Ladungen des "Mißtrauens gegenüber dem eigenen Körper" und positive Höchstladungen von "Aktiviertheit", "Ausgeglichener Stimmung" und "Gehobener Stimmung" (SES3, 7,1) lassen den 6. Faktor erneut, wie den früheren 3. Faktor, als Kombination von Zuversicht, Gelassenheit und Ausgeglichenheit hervortreten.

Schließlich gehen bei dem 8. Faktor das "Mißtrauen gegenüber Ärzten und Therapien" (HG1) und die berufsbezogene Unzufriedenheit (BFB3) mit einer herabgesetzten Risikovermeidung bezüglich körperlicher Gefährdung (HG2) einher. Es handelt sich also um einen Faktor von Mißtrauen und Unzufriedenheit in bezug auf Arbeitssituation und medizinisch-therapeutische Institutionen.

Die 8 Faktoren klären insgesamt 66,5% der Varianz, also wiederum zwei Drittel auf. Im einzelnen umfassen sie folgende Eigenwerte: 7,76, 2,60, 2,22, 1.95, 1,60, 1,35, 1,28, 1,15 und folgende Varianzanteile: 25,9, 8,7, 7,4, 6,5, 5,4, 4,5, 4,3 3,8%.

20.2.1.3 Faktorenanalysen der Ausprägungen psychologischer Fragebogenvariablen zum 3. Termin

Die entsprechenden Faktorenanalysen beziehen sich auf die von den Teilnehmern der katamnestischen Untersuchung vorliegenden psychologischen Fragebogenvariablen, die mit Ausnahme der BPI-Variablen (die nur zu den ersten beiden Terminen vorliegen) mit denen aus der Kuranfangs- und Kurende-Untersuchung identisch sind. Zu ihrer dimensionsanalytischen Erfassung erscheint eine 7-Faktorenlösung angemessen (vgl. Tab. 35).

Hierbei kennzeichnet sich der 1. Faktor durch Höchstladungen der bekannten "Trias" von "Aktiviertheit", "Gehobener Stimmung" und "Ausgeglichener Stimmung" (SES3, 1, 7), neben negativen Ladungen der berufsbezogenen Unzufriedenheit (BFB3) und der subjektiven Beschwerden (FBL). Erneut wird also ein Faktor der Zuversicht, der Gelassenheit und des Wohlbefindens (auch der "Nicht-Unzufriedenheit") sichtbar.

Der 2. Faktor wirkt mit seinen Höchstladungen von BFB1 und BFB4, außerdem von KKB1 und SES4, als Faktor der psychosozialen Belastung im Zusammenhang mit dem Ehe- und Familienleben bei psychosozial-psychotherapeutischem Krankheitskonzept.

Der 3. Faktor kennzeichnet sich durch Höchstladungen der Beschwerden (FBL), des "Mißtrauens gegenüber dem eigenen Körper" (HG4) und der körper- und stressbezogenen Krankheitskonzepte (KKB3 und KKB2). Damit kommt erneut ein Faktor der psychovegetativen Gestörtheit bei eher somatischen und externalen Krankheitskonzepten zum Ausdruck.

Offenheit, Neurotizismus, Mißstimmung und Müdigkeit bei herabgesetzter Beachtung von Krankheitsanzeichen charakterisieren den 4. Faktor, der sich somit recht eindeutig als Faktor emotionaler Labilität und Konflikthaftigkeit erweist (zum Teil noch dem Faktor 1 aus den Analysen zum 1. und 2. Termin entspricht).

Arbeitsbezogene Beanspruchung und Überforderung bei dem-entsprechenden Beschwerdenattributionen und Behandlungsvor-

stellungen sind der gemeinsame Nenner des 5. Faktors, auf dem die Variablen BFB2 und BFB3 sowie KKB4 jeweils Höchstladungen aufweisen. Er ist weitgehend identisch mit dem 4. Faktor aus der Faktorenanalyse zu Termin 2.

Auf dem 6. Faktor laden "Aggressivität" (FPI2) positiv hoch und"Risikovermeidung" sowie "Ausgeglichene Stimmung" negativ hoch. Somit wird ein Faktor der Aggressivität und Unausgeglichenheit bei eher unbekümmerter Haltung zu körperlichen Risiken sichtbar.

Ein Faktor der Extravertiertheit und körperbezogenen Gelassenheit ist offenbar der 8. Faktor, auf dem die FPIE-Variable positiv und die FPIN-Variable sowie das "Mißtrauen gegenüber dem eigenen Körper" (HG4) jeweils negativ laden.

Insgesamt klären die 8 Faktoren 63,4% der Varianz auf. Im einzelnen betragen die Eigenwerte 5,63, 2,30, 2,oo, 1,52, 1,39, 1,25, 1,12, .98 und die Varianzanteile 23,5, 9,6, 8,3, 6,3, 5,8, 5,2 4,7 und 4,1%.

20.2.2 Faktorenanalysen der Variablen der psychologischen Fragebogen zum 1. Erhebungstermin, zusätzlich der drei EzK- und der drei Interview-Variablen, für die LVA-Kurpatientenstichprobe

In diese Faktorenanalysen werden neben den oben beschriebenen psychologischen Fragebogenvariablen die Summenwerte aus den Itemkennwerten von EzK und Interview einbezogen, deren Zuordnung aus den bereits berichteten Faktorenanalysen zu diesen beiden methodischen Verfahren hervorgeht (vgl. 13). Eine jeweils getrennte Auswertung mit und ohne die EzK- und Interviewvariablen erscheint angebracht, um die jeweiligen Zusammenhangs- und Faktorenstrukturen zu vergleichen und um dem testtheoretisch unterschiedlichen Entwicklungsniveau gerecht zu werden.

Ahnlich wie bei der Faktorenanalyse der psychologischen Fragebogenvariablen bietet sich auch unter Einschluß der EzK- und Interviewvariablen(bei N=108) eine 5- oder auch

7- bzw. 8-Faktorenlösung an. Wir nehmen hier nur auf die 8-Faktorenlösung Bezug (vgl. Tab. 36).

Der 1. Faktor störungsrelevanter Persönlichkeitsmerkmale tritt erneut auf, eine Bezeichnung, die durchaus gerechtfertigt erscheint, wenn berücksichtigt wird, daß insbesondere die Introvertiertheits- und Neurotizismusvariable des FPI sowie die Gehemmtheits-, Erregbarkeits- und Depressivitätsskala des BPI eindeutige Höchstladungen haben. Hinzu kommt eine solche des psychosozial-psychotherapeutischen Krankheitskonzepts (KKB1).
Auch im Rahmen dieser Faktorenanalyse ergibt sich wieder ein "Offenheitsfaktor", auf dem nun noch die Aggressivitätsskala des FPI und die Erregbarkeitsskala des BPI, nachdem sie hier bereits im Rahmen der Faktorenanalyse der psychologischen Fragebogen mittelhohe Ladungen erreicht hatten, Höchstladungen erreichen. Die Bedeutung des Offenheitsfaktors verschiebt sich also etwas im Sinne von "offener Selbstdarstellung, Reizbarkeit und Erregbarkeit". Der ehemals 3. Faktor der Zuversicht, der Gelassenheit und des Wohlbefindens bleibt auch in der neuen Lösung inhaltlich erhalten, er steht jetzt lediglich an 6. Stelle. An 3. Stelle steht jetzt der ehemalige Faktor psychovegetativer Störung. Auf ihm laden in der vorliegenden Lösung zusätzlich die ersten beiden EzK-Variablen (Erw.befr.Ges.-Zust. und Erw.Entl.v.allt.Anf., Ausspr.,Kontakt). Gesundheits- und kommunikationsbezogene Erwartungen an das Heilverfahren, bei eher passiven und somatischen Orientierungen, gehen also mit charakteristischen Merkmalen psychovegetativer Störungsanfälligkeit einher.

Erneut stellt sich auch wieder der 4. Faktor des unlustbetonten und bedrückten Stimmungsgeschehens und Befindens heraus.

Der ehemalige 5. Faktor subjektiver psychosozialer Belastungen im Zusammenhang mit dem Ehe- und Familienleben wiederholt sich ebenfalls, nun als Faktor 7, zusätzlich aber noch mit einer Höchstladung von HG1 (Mißtr.geg.Arzte u.Therap.) und einer Höchstnegativladung von EzK3 (Erw.

natürl.Heilm., Erf.-Zuvers.). Die Bedeutung weitet sich also in Richtung ehe- und familienbezogener Belastung in Verbindung mit eher mißtrauischen Einstellungen zu Ärzten und Therapien sowie zu"natürlichen" Heilmaßnahmen aus. An 5. Stelle zeigt sich neuerdings der ehemalige 8. Faktor der berufsbezogenen Unzufriedenheit bei herabgesetzter Risikovermeidung und Symptomaufmerksamkeit (HG2 und HG3), nun assoziiert mit einer Negativhöchstladung von EzK1. Erneut tritt also die berufsbezogene Unzufriedenheit recht eindringlich, bei eher ablehnender (teilweise verleugnend wirkender) Haltung gegenüber körperlicher Gefährdung und eher verringerter Kurerwartung nach der Erlangung eines befriedigenden Gesundheitszustands, hervor.

Der 8. Faktor schließlich erweist sich eher als Interviewfaktor, zumal alle drei Interviewsummenwerte Höchstladungen zeigen. Bereits im Rahmen dieser faktorenanalytischen Auswertung deutet sich zusätzlich aber auch eine substantielle Ladung der berufsbezogenen Unzufriedenheitsvariable aus dem Fragebogen zur Erfassung subjektiver psychosozialer Belastungen im Zusammenhang mit Ehe, Familie und Beruf (BFB3) an. Wie wir weiter unten sehen werden, tritt unter Einbeziehung weiterer anamnestischer und anderer Kennwerte die sich im 8. Faktor andeutende belastungsrelevante Dimension noch profilierter hervor.

Die Faktoren aus der eben beschriebenen 8-Faktorenlösung unter Einschluß von EzK- und Interview-Variablen umfassen folgende Eigenwert- und Varianzanteile: 6,81, 3,05, 2,59, 1,93, 1,46, 1,41, 1,32 sowie 18,9, 8,5, 7,2, 6,3, 5,4, 4,1, 3,9, 3,7%.

Sie können folgendermaßen benannt werden:

1. Faktor der störungsrelevanten Persönlichkeitsmerkmale in Verbindung mit einem psychosozial-psychotherapeutischen Krankheitskonzept ;
2. Faktor der Aggressivität und Erregbarkeit in Verbindung mit offener Selbstbeschreibung;

3. Faktor der psychovegetativen Störung in Verbindung mit der kurbezogenen Erwartung nach der Wiederherstellung eines befriedigenden Gesundheitszustandes und nach Alltagsentlastung, Aussprache und Kontakt;
4. Faktor des unlustbetonten und bedrückten Stimmungs- und Befindensgeschens;
5. Faktor der berufsbezogenen Unzufriedenheit bei herabgesetzter Beachtung unangenehmer somatischer Zustände und verringerter Kurerwartung nach der Wiederherstellung eines befriedigenden Gesundheitszustandes;
6. Faktor der Zuversicht, der Gelassenheit und des Wohlbefindens;
7. Faktor der subjektiven psychosozialen Belastungen im Zusammenhang mit dem Ehe- und Familienleben, verbunden mit eher mißtrauischer Einstellung gegenüber Ärzten und Therapien sowie "natürlichen" Heilmaßnahmen;
8. Faktor der aktuellen und kindheitsbezogenen belastungsrelevanten Informationen(des Psychologischen Interviews).

20.2.3 Faktorenanalysen der Variablen der psychologischen Fragebogen zum 2. Erhebungstermin einschließlich der (zum 2. Termin vorliegenden) BdK-Variablen und der Variablen des Gruppenarzt- und Gruppenbetreuerin-Ratings

Werden die Variablen der psychologischen Fragebogen zum Kurende und diejenigen des BdK sowie Gruppenarzt- und Betreuerinratings einer gemeinsamen Faktorenanalyse unterzogen, so wären verschiedene Lösungen mehr oder weniger zur Interpretation geeignet. Im einzelnen könnten eine 4-, 5-, 6- und 7-Faktorenlösung erwogen werden (N=114). Unter Anwendung der bekannten Gesichtspunkte zur Faktorenextraktion kann die Entscheidung auf die 7er-Lösung fallen (vgl. Tab. 37).

Im Rahmen dieser 7-Faktorenlösung erscheint der 1. Faktor charakterisiert durch Höchstladungen des eher"psychologischen"Krankheitskonzepts (KKB1) und der Introvertiertheit (FPIE, negativ ladend),der "Gehemmtheit", "Depressivität" und"sexuellen Konflikthaftigkeit" (BPI1, 4, 5 bei substan-

tieller Ladung auch von BPI3 "Nervosität"), weiterhin durch negative Höchstladungen von "Gehobener Stimmung", "Aktiviertheit", "Ausgeglichener Stimmung" sowie Arztrating 2 (Psychosom.Gest.Arzt). So deutet sich also eine Dimension der belastungsrelevanten Persönlichkeitsmerkmale und des unlustbetonten Befindens bei eher "psychologischem" naivem Krankheitskonzept in Verbindung mit mangelnder psychosomatischer Gestörtheit aus der Sicht des behandelnden Gruppenarztes an.

Was die "Trias" von SES1, SES3, SES7 betrifft, so erscheint der 2. Faktor, auf dem diese Stimmungsvariablen jeweils positive Höchstladungen zeigen, insoweit bipolar zum 1. Faktor. Hinzu kommen noch Höchstladungen aller BdK-Variablen sowie des Gruppenarzt- und Gruppenbetreuerin-Ratings zum Kurerfolg. Ein eher gelassen-zuversichtliches Befinden geht also einher mit vermehrter subjektiver und fremdeingeschätzter Zufriedenheit mit der Kur.

Auf dem 3. Faktor findet sich ebenfalls eine bekannte Trias, nämlich aus "Mißstimmung", "Gedrückter Stimmung" und "Müdigkeit", also jenen unlustbetonten Stimmungs- und Befindensvariablen (SES2, 4, 6), und zwar in Verbindung mit subjektiven Beschwerden (FBL), "Mißtrauen gegenüber dem eigenen Körper" (HG4) und "Nervosität" (BPI3), sowie - negativ ladend - mit subjektiv-globalem Kurerfolg (BdK1) und durch Gruppenarzt sowie Gruppenbetreuerin fremdeingeschätztem Kurerfolg. Damit wird recht eindeutig ein Zug psychovegetativer Gestörtheit in Verbindung mit Unzufriedenheit und Mißtrauen hinsichtlich der eigenen Heilungsmöglichkeiten ausgedrückt.

Auf dem 4. Faktor laden die Aggressivitätsskala des FPI, die berufsbezogene Unzufriedenheit (BFB3) und die HG1-Variable "Mißtrauen gegenüber Ärzten und Therapien" maximal positiv (substantiell auch die SES-Variablen "Mißstimmung", "Gedrückte Stimmung" und "Trägheit"). Dagegen laden Risikovermeidung und Krankheitszeichenbeachtung (HG2, HG3) sowie das Krankheitskonzept "Körperleiden und Organmedizin" (KKB3) maximal negativ.

So wird also eine aggressiv-gereizt-mißtrauische Haltung in Verbindung mit einer herabgesetzten Beachtung körperlicher Symptome und verminderten Präferenz somatischer Attribuierungen sichtbar.

Der 5. Faktor wirkt mit seinen Höchstladungen der beiden Offenheitsskalen von FPI und BPI sowie der "Emotionalen Labilität" (FPIN) und "Erregbarkeit" (BPI2) als Faktor der Irritierbarkeit und Konflikthaftigkeit bei eher offener Selbstschilderung.

Der 6. Faktor hat offenbar etwas mit der arbeitsbezogenen Beanspruchung und Überforderung sowie dementsprechender Beschwerdenattribuierung zu tun. Auf ihm laden die gleichnamige BFB-Variable (BFB2), ferner die letzten drei Krankheitskonzept-Variablen des KKB (Stress u. Schon., Körperleid.u.Org.-Med., Bel.unbefr.Arb.Sit., H.z.Zufr.) am höchsten.

Recht eindeutig schließlich erscheint der 7. Faktor, jeweils mit einer Höchstladung von BFB1 und BFB4 als Faktor der psychosozialen subjektiven Belastung im Zusammenhang mit Ehe und Familie.

Insgesamt klären die 7 Faktoren 58,8% der Varianz auf. Eigenwert- und Varianzanteil der einzelnen Faktoren gehen aus der nachstehenden Übersicht über die Bezeichnungen der 7 Dimensionen hervor:

Faktor 1: Faktor der belastungsrelevanten Persönlichkeitsmerkmale bei unlustbetontem subjektiven Befinden und subjektivem "psychologischem" Krankheitskonzept sowie mangelnder psychosomatischer Gestörtheit aus der Sicht des Gruppenarztes. Eigenwert 8,74, Varianz 23,6%.
Faktor 2: Faktor Gelassenheit - Zuversicht - Wohlbefinden im Zusammenhang mit einem positiven subjektiven und fremdeingeschätzten Kurerfolg. Eigenwert 3,28, Varianz 8,9%.
Faktor 3: Faktor der psychovegetativen Störung in Verbindung mit unzufrieden-mißtrauischer Haltung bezüglich des eigenen Kurerfolgs. Eigenwert 2,67, Varianz 7,2%.
Faktor 4: Faktor der aggressiven und gereizt-mißtrauischen

Haltung im Zusammenhang mit herabgesetzter Beachtung körperlicher Symptome. Eigenwert 2,28, Varianz 6,2%.
Faktor 5: Faktor der Irritierbarkeit und Konflikthaftigkeit bei eher offener Selbstdarstellung. Eigenwert 1,71, Varianz 4,6%.
Faktor 6: Faktor der arbeitsbezogenen Beanspruchung und Überforderung bei dementsprechender Beschwerdenattribuierung. Eigenwert 1,64, Varianz 4,4%.
Faktor 7: Faktor der subjektiven psychosozialen Belastung im Zusammenhang mit dem Ehe- und Familienleben. Eigenwert 1,43, Varianz 3,9%.

20.2.4 Faktorenanalysen zu den sowohl von der LVA-Kurpatienten- als auch von der Vergleichsgruppen-Stichprobe vorliegenden psychologischen Variablen

Von den beiden Stichproben der LVA-Kurpatienten und der Vergleichspersonen wurden sowohl zu einem ersten als auch zu einem zweiten Termin (etwa dem Kuranfang und Kurende entsprechend) die Variablen aus den psychologischen Fragebogen Hypochondrie und Gesundheitsverhalten HG, Freiburger Persönlichkeits-Inventar FPI, Freiburger Beschwerdenliste FBL, Adjektiv-Skalen zur Einschätzung der Stimmung SES und zur Erfassung der subjektiven psychosozialen Belastungen im Zusammenhang mit Ehe, Familie und Beruf (BFB) erhoben.
Genau diese Variablen wurden daher jeweils für den 1. und den 2. Untersuchungstermin einer faktorenanalytischen Auswertung unterzogen. Unter Abwägung der oben genannten Gesichtspunkte zur Extraktion und Interpretation der Faktoren fiel die Entscheidung (sowohl im Falle T1 als auch im Falle T2) auf eine 8-Faktoren-Lösung. In beiden Fällen werden damit etwa 2/3 der Varianz aufgeklärt, und zwar zum Termin 1 65,0 und zum Termin 2 67,4% (vgl. Tab. 38). Nun zu den Faktoren, zunächst bezogen auf die Auswertung zum Termin 1 (N= 172).

Hierbei fällt der 1. Faktor (Eigenwert 4,23, Varianzanteil 17,6%), auf dem sich Höchstladungen der stress- und organmedizinisch sowie arbeitsbezogenen Krankheitskonzepte

(KKB2, 3, 4), der Beschwerden (FBL), des "Mißtrauens gegenüber dem eigenen Körper" (HG4), außerdem der arbeitsbezogenen Beanspruchung und Überforderung (BFB2) und der "Trägheit" (SES5) finden, durch eine Verbindung von bekannten Symptomen der psychovegetativen Gestörtheit auf.

Dagegen läßt sich der 2. Faktor (Eigenwert 2,34, Varianzanteil 9,8%) mit seinen Höchstladungen der Trias von "Gehobener Stimmung", "Aktiviertheit" und "Ausgeglichener Stimmung" bei gleichzeitigen Höchstnegativladungen der - beim 1. Faktor positiv ladenden - FBL- und BFB-Variablen, ebenso der beiden Mißtrauensvariablen des HG (HG1, HG4) als Dimension der Zuversicht, der Gelassenheit und des Wohlbefindens charakterisieren.

Mit Höchstladungen von "Aggressivität" und "Offenheit" (bei substantieller Ladung von "Emotionaler Labilität", jeweils aus FPI) und maximaler Negativladung von "Ausgeglichener Stimmung" (SES7) erweist sich der 3. Faktor (Eigenwerte 2,17, Varianzanteil 9,0%) als Dimension aggressiv-unausgeglichener Persönlichkeits- und Befindensmerkmale bei offener Selbstbeschreibung.

Recht eindeutig wirkt der Faktor 4 infolge der Höchstladungen der Trias aus "Mißstimmung", "Gedrückte Stimmung" und "Müdigkeit" (Eigenwert 1,85, Varianzanteil 7,7%) als Dimension des Mißbefindens (bzw. des unlustbetonten und bedrückten Stimmungs- und Befindensgeschehens).

Der Faktor 5 läßt sich mit den Höchstladungen von HG1 und BFB1 sowie BFB4 als Faktor psychosozialer Belastungen im Zusammenhang mit dem Ehe- und Familienleben bei mißtrauischer Einstellung zu Ärzten und Therapien beschreiben (Eigenwert 1,40, Varianzanteil 5,8%).

Höchstladungen des psychosozial-psychotherapeutischen Krankheitskonzeptes (KKB1) und der FPI-Variablen "Emotionale Labilität" sowie - maximal negativ ladend - "Extraversion" (Eigenwert 1,30, Varianzanteil 5,4%) kennzeichnen den 6. Faktor. Er erscheint somit als Faktor belastungs- und konfliktrelevanter Persönlichkeitszüge bei eher psychologisch-psychotherapeutischem Krankheitskonzept.

Eher gesteigerte berufsbezogene Unzufriedenheit (BFB3) bei verminderter Krankheitsanzeichenbeachtung (HG3) und "Müdigkeit" (SES6) - so die entsprechenden Ladungen - geben dem 7. Faktor (Eigenwert 1,28, Varianzanteil 5,9%) die Bedeutung der Unzufriedenheit bei (angestrengt, fast verleugnend wirkender) herabgesetzter Symptomaufmerksamkeit.

Der 8. Faktor schließlich (Eigenwert 1,09, Varianzanteil 4,5%) ist als Dimension der verminderten Risikovermeidung bezüglich körperlicher Gefährdung (HG2 maximal negativ ladend) zu verstehen.

Nun zur Faktorenanalyse zu den am 2. Untersuchungstermin erhobenen psychologischen Fragebogenvariablen (N= 174).

Auf einem 1. Faktor finden sich Höchstladungen der bekannten "Trias" der SES-Variablen der "Gehobenen Stimmung", der "Aktiviertheit" und "Ausgeglichenen Stimmung", ebenso eine maximale, freilich negative Ladung des "Mißtrauens gegenüber dem eigenen Körper" (HG4). Erneut kommen also Zuversicht, Gelassenheit und Wohlbefinden zum Ausdruck (Eigenwert 5,46, Varianz 22,7%), was auch zum 1. Termin den 2. Faktor gekennzeichnet hatte.

Der 2. Faktor erweist sich durch Höchstladungen der "stressbezogenen organmedizinischen und arbeitsbezogenen Krankheitskonzepte (KKB2, 3, 4) als Faktor der eher external umgebungsbezogenen und körperbezogenen Krankheitskonzeption: durch eine weitere Höchstladung von BFB2 erhält er noch die Bedeutung der subjektiven Beanspruchung und Überforderung durch die tägliche Arbeit (Eigenwert 2,36, Varianzanteil 9,9%). Somit ist er zumindest partiell identisch mit dem Faktor 1 von T1.

Der 3. Faktor (Eigenwert 1,93, Varianz 8,1%), auf dem das psychosozial-psychotherapeutische Krankheitskonzept (KKB1) und die ehe- und kinderbezogenen Belastungsskalen BFB1 und BFB2 maximal laden, erweist sich als Faktor psychosozialer Belastungen im Zusammenhang mit dem Ehe- und Familienleben bei "psychologischem" Krankheitskonzept. Dieser Faktor entspricht also weitgehend dem Faktor 5 aus Termin 1.

Auf dem 4. Faktor finden sich Höchstladungen der FPI-Variablen "Offenheit" und "Emotionale Labilität", außerdem der "Trägheit" aus den SES. Somit hat dieser Faktor vor allem die Bedeutung von emotionaler Labilität und Konflikthaftigkeit in Verbindung mit offener Selbstbeschreibung (Eigenwert 1,77, Varianz 7,4%), die zum größten Teil der des 3. Faktors von T1 entspricht.

Mit Höchstladungen von Beschwerden (FBL), "Mißtrauen gegenüber dem eigenen Körper" (HG%) sowie der SES-Variablen "Mißstimmung", "Gedrückte Stimmung" und "Müdigkeit" erweist sich der 5. Faktor als eine Dimension der Beschwerdenneigung und des mangelnden Wohlbefindens (bzw. der psychovegetativen Symptomatik), und zwar mit einem Eigenwert von 1,29 und einem Varianzanteil von 5,4%.(Dieser Faktor ist identisch mit einem Teil des Faktors 1 aus T1).

Maximale Negativladungen des Krankheitskonzeptes "Körperleiden und Organmedizin" (KKB3) und der "Beachtung von Krankheitsanzeichen" (HG3) kennzeichnen sodann den 6. Faktor, der sich somit als Faktor der verminderten organmedizinischen Krankheitskonzeption und Krankheitszeichenbeachtung herausstellt (Eigenwert 1,19, Varianzanteil 5,0%).

Auf dem 7. Faktor lädt die Variable "Mißtrauen gegenüber Ärzten und Therapien" (HG1) maximal (positiv), während die "Risikovermeidung bezüglich körperlicher Gefährdung" (HG2) am höchsten negativ lädt. Außerdem ergibt sich noch eine Höchstladung der berufsbezogenen Unzufriedenheitsvariable BFB3 (Eigenwert 1,10, Varianzanteil 4,6%). So kommen in diesem Faktor - ähnlich wie beim 7. Faktor aus T2 - Mißtrauen und Unzufriedenheit bei einer (fast verleugnend-angestrengt wirkenden) herabgesetzten Sorge um die körperliche Gefährdung zum Ausdruck.

Der 8. Faktor schließlich (Eigenwert 1,07 und Varianzanteil 4,5%) erscheint als Dimension der Aggressivität und Extraversion, bei Höchstladungen der gleichnamigen FPI-Variablen.

Hier noch eine kurze Gegenüberstellung der Faktoren aus den zum 1. und zum 2. Erhebungstermin ermittelten psychologischen Daten:

Termin 1:

Faktor 1: Faktor der psychovegetativen Gestörtheit;
Faktor 2: Faktor der Zuversicht, der Gelassenheit und des Wohlbefindens;
Faktor 3: Faktor aggressiv-unausgeglichener Persönlichkeits- und Befindensmerkmale;
Faktor 4: Faktor des unlustbetonten und bedrückten Befindens- und Stimmungsgeschehens;
Faktor 5: Faktor der subjektiven psychosozialen Belastungen im Zusammenhang mit dem Ehe- und Familienleben bei mißtrauischer Einstellung gegenüber Ärzten und Therapien;
Faktor 6: Faktor der belastungs- und konfliktrelevanten Persönlichkeitsmerkmale bei psychologisch-psychotherapeutischem Krankheitskonzept;
Faktor 7: Faktor der berufsbezogenen Unzufriedenheit bei herabgesetzter Symptomaufmerksamkeit;
Faktor 8: Faktor der verminderten Risikovermeidung bezüglich körperlicher Gefährdung.

Termin 2:

Faktor 1: Faktor der Zuversicht, der Gelassenheit und des Wohlbefindens;
Faktor 2: Faktor der subjektiven Beanspruchung und Überforderung durch die tägliche Arbeit bei somatischen und umgebungsbezogenen (auch arbeitsbezogenen) Krankheitskonzepten;
Faktor 3: Faktor der subjektiven psychosozialen Belastungen im Zusammenhang mit dem Ehe- und Familienleben;
Faktor 4: Faktor der Konflikthaftigkeit und emotionalen Labilität bei offener Selbstbeschreibung;
Faktor 5: Faktor der Beschwerdenneigung und des unlustbetonten Befindens (psychovegetative Symptomatik);
Faktor 6: Faktor der verminderten subjektiven organmedizinischen Krankheitskonzeption und Symptomaufmerksamkeit;
Faktor 7: Faktor des Mißtrauens und der Unzufriedenheit bei herabgesetzter Sorge um körperliche Gefährdungen;
Faktor 8: Faktor Aggressivität und Extravertiertheit.

20.2.5 Faktorenanalysen der Variablen der psychologischen Fragebogen, der EzK- und Interviewvariablen, der Kennwerte des Anamnestischen Erhebungsbogens, der medizinischen Kennwerte, und zwar jeweils aus dem ersten Erhebungstermin, außerdem der (dichotomisierten) Variablen der zusätzlichen psychologischen Behandlung und der Hauptdiagnose

In diese Faktorenanalyse wird praktisch das gesamte von der LVA-Stichprobe vorhandene Datenmaterial aus dem ersten Erhebungstermin einbezogen. Dabei werden die Variablen der psychologischen Fragebogen (HG, KKB, FPI, BPI, FBL, SES, BFB, nun auch EzK) sowie des Interviews wieder in der Weise als Summenwerte aus den Itemmeßwerten verwendet, wie bereits durch die Faktorenanalysen zu den jeweiligen methodischen Verfahren festgelegt wurde. Dies gilt auch für einige Variablen des Anamnestischen Erhebungsbogens. Z.B. hatte die dazu vorgenommene faktorenanalytische Auswertung (vgl. 13.2) einen Faktor erbracht, auf dem die Items zu den Umgebungsbedingungen, unter denen die Befragten als Kinder aufgewachsen sind, hoch laden. Dementsprechend werden diese Items - unter gleichsinniger Umpolung von Negativladungen - ebenfalls als Summenwert in die vorliegende Faktorenanalyse aufgenommen (weitere anamnest. Summenwerte siehe Tab. 39). Etliche anamnestische Variablen sind jedoch als einzelne von Interesse, obgleich sie faktorenanalytisch ebenfalls Höchstladungen zeigten, so z.B. Geschlecht und Alter. Solche Variablen werden unabhängig von ihrer dimensionsanalytischen Verankerung als einzelne Kennwerte in die jetzt zu besprechende Faktorenanalyse aufgenommen. Auch die medizinischen Variablen werden, soweit sie aus T1 von der gesamten LVA-Patientenstichprobe vorliegen, einbezogen. Zusätzlich wird dabei das Körpergewicht noch in Form des "Relativgewichts", und zwar nach der alten BROCCA-Formel Körpergewicht kg/(Körpergröße cm minus 100)·100, berücksichtigt. Diese enthält insgesamt 91 Variablen (bei N=105).

Der Verlauf der Eigenwerte hätte eine Extraktion von weit über 10 Faktoren nahegelegt, nicht mehr aber der Anteil der Varianzen, der sodann erheblich unter die konventionelle 5%-Marke fällt. Vom SCREE-Test her gesehen könnte

u.a. eine 10-Faktoren- wie auch eine 13-Faktoren-Lösung erwogen werden. Da die 10-Faktorenlösung hinsichtlich der Eindeutigkeit der Ladungsmuster weniger befriedigend als die 13-Faktorenlösung erscheint, entscheiden wir uns für die Beibehaltung der letztgenannten. Im einzelnen können die 13 Dimensionen folgendermaßen beschrieben werden:

Auf dem 1. Faktor zeigt die "Risikovermeidung bezüglich körperlicher Gefährdung" (HG2) eine Höchstnegativladung; auch die belastungsrelevanten BPI-Skalen und die FBL-Skalen haben zwar nicht maximale, so doch mittelhohe negative Ladungen. Zum anderen weisen folgende anamnestische Variablen Höchstladungen auf: Die vorherrschende (eher körperliche) Freizeitbetätigungsform, sodann die Körpergröße, das Körpergewicht (nicht Relativgewicht) und das Geschlecht (bei höheren Ausprägungen männliches Geschlecht), der (eher herabgesetzte) Konsum von Abführmitteln sowie die Summenwerte aus den anamnestischen Items zu den Umgebungsbedingungen früher Kindheit und aus den Kennwerten zur eigenen und väterlichen, schulischen und beruflichen Ausbildung (wobei bei den eben genannten Summenwerten zunehmende Ausprägungen vermehrt das Aufwachsen unter familiären Verhältnissen und den Abschluß von Volksschule und Berufsausbildung anzeigen). Insgesamt gesehen sind in diesem 1. Faktor also eine eher unbesorgt-zuversichtliche Haltung in Verbindung mit Geschlecht, Körpergröße und Körpergewicht sowie im Zusammenhang mit eher unter familiären Bedingungen gegebenen und schulisch-ausbildungsmäßig "günstigeren" Sozialisationsbedingungen erfasst.

Auf dem 2. Faktor finden sich Höchstladungen - wie bereits in der oben beschriebenen Faktorenanalyse - von belastungsrelevanten Persönlichkeitsmerkmalen, und zwar der "Aggressivität", "Offenheit", "Emotionalen Labilität" aus dem FPI, der "Gehemmtheit", "Erregbarkeit, "Nervosität", "Depressivität" und "Lügentendenz" aus dem BPI (bei Negativladung von"Lügentendenz"). Es handelt sich also wieder klar um einen Faktor belastungs- und konfliktrelevanter Persönlichkeitsmerkmale.

Der 3. Faktor erweist sich von seinen Höchstladungen her gesehen zunächst als Faktor der Introvertiertheit (FPIE, mit Negativladung) in Verbindung mit Alter und sexueller Konflikthaftigkeit (BPI5) und weniger wahrscheinlichen vollständigen familiären Kindheitsbedingungen (so die Ladung des Summenwertes); er erhält sodann noch eine Betonung durch die Höchstladung des Relativgewichts. So kommen also Beziehungen von Introvertiertheit, konflikthaft-unsicherer Sexualität, höherem Lebensalter und Körpergewicht sowie eher unvollständig-familiären Kindheitsbedingungen zum Ausdruck.

Der 4. Faktor ist durch Höchstladungen der ersten drei Krankheitskonzepte des KKB (bei einer noch mittelhohen, aber nicht maximalen Ladung des arbeitsbezogenen KKB4-Konzepts), der ersten zwei EzK-Variablen (Erw.befr.Ges.-Zust.; Erw.Entl.v.allt.Anf., Ausspr.,Kontakt) und des klinisch-chemischen Kennwertes der γ-GT gekennzeichnet. Er erscheint als Faktor allgemeiner Krankheits- und Behandlungsvorstellungen und spezieller heilmaßnahmenbezogener Behandlungserwartungen nach Wiederherstellung eines befriedigenden Gesundheitszustandes, Alltagsentlastung, Aussprache und zwischenmenschlicher Begegnung in Verbindung mit risikorelevanten medizinischen (Leber-) Kennwerten.

Der 5. Faktor kennzeichnet sich durch maximale Negativladungen von "Gehemmtheit" und "Intimbereich" (BPI1 und BPI5), ferner durch positive Höchstladungen des Interviewfaktors 3, des Summenwerts aus erholungsgenutzten Urlaubstagen und ebensolchen (tägl.)Erholungsstunden, des Erholungsgefühls nach Wochenende und Urlaub, dann des Summenwertes aus der Zahl von Arbeitsplätzen im bisherigen Berufsleben sowie der Angabe von (eher der Eigensteuerung unterliegenden) Gründen für eventuelle Arbeitsstellenwechsel ("zu schwer", "zu wenig verdient", "nicht befriedigend"; nicht aber "entlassen"), schließlich des Summenwertes aus (eher "höherer")

Berufstätigkeit, (eher höherem) Nettoverdienst, (eher 8 und mehr Stunden pro Tag umfassender) Arbeitszeit, (eher nicht gegebener) Berufstätigkeit des Ehepartners und (eher zunehmender) Kinderzahl.

Der 5. Faktor repräsentiert also eine eher selbstbewußt-kontaktfähige Haltung und weniger konflikthafte Sexualität, außerdem eine vermehrt eigengesteuerte Abwechslung im bisherigen Berufsleben, die genutzte Erholung und den (vermehrt gehobenen) Berufsstatus, nicht zuletzt den Zugang zu gefühlsmäßig bedeutsamen, bezugspersonenbezogenen Kindheitserinnerungen.

Recht eindeutig erscheint auch der 6. Faktor: Auf ihm laden die HG-Variablen "Mißtrauen gegenüber Ärzten und Therapien", "Beachtung von Krankheitsanzeichen" und "Mißtrauen gegenüber dem eigenen Körper" (in inhaltlicher Hinsicht) am höchsten negativ, während die SES-Variablen "Gehobene Stimmung", "Aktiviertheit" und "Ausgeglichene Stimmung" positive Höchstladungen und die "Müdigkeit" eine negative Höchstladung zeigen. Außerdem erreichen der erste Interviewfaktor der psychischen und psychosozialen Belastung eine Negativhöchstladung, die EzK3-Variable eine positive (maximale) Ladung (die mit knapp über .20 aber numerisch recht gering bleibt), schließlich die Hauptdiagnose (im Sinne von eher nicht gegebener Zuordnung zur Gruppe der Psychovegetativen Syndrome) eine Höchstladung. In diesem Faktor kehrt also die schon bekannte Zuversicht-Vertrauen-Gelassenheit-Wohlbefinden-Kombination, u.a. mit der bekannten "Trias" "Gehobene Stimmung", "Aktiviertheit" und "Ausgeglichene Stimmung", wieder, nun mit eher verringerter Belastung und vermehrter Präferenz für natürliche Heilmaßnahmen und zuversichtlicher Einschätzung des eigenen Kurerfolgs einhergehend.

Auf dem 7. Faktor stellen sich Höchstladungen der Variablen ehe-, kinder- und arbeitsbeanspruchungsbezogener - nicht unzufriedenheitsbezogener - Belastung (BFB1, 4, 2), des arbeitsbezogenen Krankheitskonzepts (KKB4), der (eher herab-

gesetzten) Summe aus Häufigkeit und Dauer krankheitsbedingter Fehlzeiten, (eher gegebener) Berufstätigkeit vor der Kur und (seltener vorkommender) Entlassung im bisherigen Berufsleben heraus. Auch zeigen die γ-GT-Werte (negative) und die Harnstoffwerte (positive) Höchstladungen. So erscheint dieser Faktor als Dimension spezifischer psychosozialer Belastungen bei eher verringerter Krankheitsanfälligkeit.

Der 8. Faktor wird deutlich durch klinisch-chemische Kennwerte und den Bierkonsum, außerdem durch das Geschlecht geprägt. Im einzelnen zeigen Harnsäure, Erytrozyten und Hämoglobin sowie der wöchentliche Bierkonsum höchste positive, die BKS-Werte indessen höchste negative Ladungen (bei mittleren Ladungen der Cholesterinwerte). Zunehmende Werte gehen jeweils mit der Zugehörigkeit zum männlichen Geschlecht einher. Es wird also ein Faktor risikorelevanter Labordaten und Ernährungsgewohnheiten deutlich.

Auch der 9. Faktor wirkt - ähnlich wie der 7. - als "alter Bekannter". Höchstladungen von "Mißstimmung", "Gedrückter Stimmung" und "Müdigkeit" erinnern an den oben dargestellten Faktor des unlustbetonten und bedrückten Stimmungs- und Befindensgeschehens - nun im Zusammenhang mit hochladenden Triglyceridewerten und Rauchen.

Ähnlich wie dieser altbekannte Faktor durch anamnestische und medizinische Werte noch ergänzt wird, verhält es sich mit dem 10. Faktor. Erneut laden auf diesem Faktor subjektive Beschwerden (FBL), in der vorliegenden Analyse einhergehend mit den entsprechenden Ausprägungen der auf die Schlafgüte (nicht die Dauer des Schlafs), auf das subjektive Erholungsgefühl nach Wochenende und Urlaub, und auf die Einnahme von Schlaf-, Beruhigungs- und Abführtabletten bezogenen anamnestischen Items. Außerdem zeigen der Bierkonsum und der Summenwert aus eher eigengesteuertem Arbeitsstellenwechsel und Berufsstatus negative Höchstladungen. Mit zunehmenden Werten auf dem 10. Faktor geht auch die Zugehörigkeit zum weiblichen Geschlecht einher. So kommt mit dem 10. Faktor also eine Merkmalskombination aus

teilweise geschlechtsabhängiger Beschwerdenhaftigkeit und psychovegetativer Störung in Verbindung mit einer vermehrt passiv-inferioren beruflichen Position zum Ausdruck.

Auf dem 11. Faktor laden die berufsbezogene Unzufriedenheit (BFB3), der erste Belastungsfaktor des Interviews, der Summenwert aus den Krankheitszeiten und die Variablen der zusätzlichen psychologischen Behandlung und der Hauptdiagnose (bei höheren Ausprägungen eher psycholog.Beh. und Zugehörigkeit zum "Psychovegetativen Syndrom") jeweils am höchsten, während damit - entsprechend der maximalen Negativladung - eine jeweils eher verringerte Beachtung von Krankheitsanzeichen (HG3) und Erwartung natürlicher Heilmaßnahmen mit zuversichtlicher Kurerfolgseinschätzung (EzK3) einhergehen. Damit deutet sich ein Zusammenhang von berufsbezogener Unzufriedenheit, heilverfahrensspezifischer Skepsis, globaler psychisch-psychosozialer Belastung mit psychovegetativen Störungsanzeichen und Erkrankungsanfälligkeit an. Daß auf diesem Faktor die objektiven medizinischen Kennwerte kaum substantielle Ladungen zeigen, deutet einen charakteristischen Zusammenhang von psychischen Belastungsmerkmalen und Fehlzeiten an, wie er auch z.B. bei ZIMMERMANN (1976) deutlich hervortrat.

Der 12. Faktor erweist sich mit Höchstladungen der pdR- und psR-Werte als Blutdruckfaktor. Substantielle Ladungen anderer Variablen finden sich weniger, so z.B. lediglich eine Ladung von .20 der Aggressivitätsskala des FPI.

Auf dem 13. Faktor laden Cholesterinwerte, Pulsfrequenz, außerdem die Stunden des täglichen Schlafs und die Skala "Trägheit" (SES5) am höchsten. Eine Höchstladung findet sich auch für den 2. Interviewfaktor, mit dem eine eher unspezifische und distanzierende Darbietung von belastungsrelevanten Kindheitserinnerungen erfasst wird. Die Beziehung zwischen den ersten vier Variablen erscheint plausibel, während die Verbindung mit dem FE-Kennwert interpretatorisch schwieriger ist. Denkbar ist es, daß hier objektive und durchaus risikorelevante medizinische Kennwerte, ver-

mehrtes subjektives Schlafbedürfnis und eher diffus abwehrende Verarbeitungsweisen gegenüber psychischen Konflikten miteinander zusammenhängen. Auf den Abwehraspekt deutet auch eine substantielle Negativladung des psychosozial-psychotherapeutischen Krankheitskonzepts KKB1 hin.

Insgesamt werden mit den 13 Faktoren 55,4% der Varianz aufgeklärt. Im einzelnen werden die Faktoren folgendermaßen benannt, wobei jeweils Eigenwert und Varianzanteil in Klammer erscheinen:

1. Faktor der teilweise geschlechtsspezifischen unbesorgt-zuversichtlichen Haltung in Verbindung mit familiären sowie schulisch-ausbildungsmäßig unterstützenden Sozialisationsbedingungen (10,66; 13,0);
2. Faktor der belastungs- und konfliktrelevanten Persönlichkeitsmerkmale in Verbindung mit offener Selbstbeschreibung (5,59; 6,8);
3. Faktor der -teilweise altersspezifischen- Introvertiertheit und sexuellen Konflikthaftigkeit in Verbindung mit erhöhtem Körpergewicht (3,87; 4,7);
4. Faktor allgemeiner Krankheitskonzepte und spezieller heilmaßnahmenbezogener Behandlungserwartungen nach Wiederherstellung eines befriedigenden Gesundheitszustandes, Alltagsentlastung, Aussprache und zwischenmenschlicher Kommunikation, bei risikorelevanten medizinischen (Leber-) Kennwerten (3,44; 4,2);
5. Faktor der selbstbewußt-kontaktfähigen Haltung und unbeschwerten Sexualität sowie des Zugangs zu gefühlsmäßigen, bezugspersonenbezogenen Kindheitserinnerungen, in Verbindung mit eigengesteuerter Abwechslung im Berufsleben, gehobenem Berufsstatus und genutzter Erholung (3,14; 3,8);
6. Faktor Zuversicht-Vertrauen-Gelassenheit-Wohlbefinden (3,04; 3,07);
7. Faktor spezifischer subjektiver psychosozialer Belastungen im Zusammenhang mit dem Ehe-, Familien- und Berufsleben (bei eher verminderter Krankheitsanfälligkeit) (2,60; 3,2);

8. Faktor der - teilweise geschlechtsspezifischen - risikorelevanten klinisch-chemischen Kennwerte und Ernährungsgewohnheiten (2,51; 3,1);
9. Faktor des unlustbetonten und bedrückten Stimmungs- und Befindensgeschehens sowie der Rauchgewohnheiten (2,37; 2,9);
10. Faktor der teilweise geschlechtsspezifischen Beschwerdenbehaftetheit und psychovegetativen Störung in Verbindung mit einer passiv-untergeordneten beruflichen Position (2,25; 2,7);
11. Faktor der psychosozialen Belastung und berufsbezogenen Unzufriedenheit in Verbindung mit Erkrankungsanfälligkeit bei verminderter Präferenz für "natürliche" Heilmaßnahmen (2,04; 2,6);
12. Blutdruckfaktor (2,02; 2,5);
13. Faktor risikorelevanter medizinischer Kennwerte (Cholesterin) in Verbindung mit Schlafbedürfnis und subjektiv empfundener Trägheit (1,84; 2,5).

20.2.6 Ergebnisse aus den Faktorenanalysen zu Variablen des Katamnestischen Erhebungsbogens und der psychologischen Fragebogen aus der katamnestischen Untersuchung (und zu einzelnen Variablen des Anamnesebogens)

Diese Faktorenanalyse (Tab. 40) beschränkt sich auf Patienten, die an der Katemnestischen Untersuchung teilgenommen haben und von denen die genannten Kennwerte vorliegen (N=79). Neben den Variablen des Katamnestischen Erhebungsbogens, von denen diejenigen mit extrem schiefer Verteilung bzw. sehr niedriger Besetzungshäufigkeit wieder ausgeschlossen sind, wurden einige Kennwerte des Anamnestischen Erhebungsbogens, die konstant (z.B. Geschlecht) bzw. weitgehend konstant bleiben (z.B. Berufsausbildungsabschluß, Art der Berufstätigkeit u.a.) einbezogen. Auch die zusätzliche psychologische Behandlung in der Dichotomisierung nach erhalten ja bzw. erhalten nein ist einbezogen. Nicht zuletzt sind es die Variablen der psychologischen Fragebogen, wie sie zum Zeitpunkt der Katamnestischen Untersuchung erhoben wurden, die zusammen mit den anderen, eben genannten, Kennwerten faktorenanalysiert wurden.

Nach Abwägung der bekannten Kriterien zur Extraktion und Interpretation von Faktoren wurde eine 12-Faktoren-Lösung, die 56,8% der Varianz aufklärt, präferiert.

Hierbei kennzeichnet sich der 1. Faktor (Eigenwert 9,12, Varianzanteil 9,12%) durch Höchstladungen (Ladungsvorzeichen in Klammer) folgender Kennwerte: der drei Items zur katamnestischen Kurerfolgsbeurteilung, der Dauer der Anwendung des auf der Kur erlernten oder empfohlenen Schwimmens, der Weiterarbeit an der gleichen Arbeitsstelle (jeweils positiv),der Dauer der krankheitsbedingten Fehlzeiten (maximal negativ ladend), des subjektiv eingeschätzten Gesundheitszustandes, der Beurteilung der eigenen Lebensführung als gesund (jeweils positiv), der Zahl von Facharztkonsultationen (negativ) und der Zuversicht bezüglich der Gesundheit und des Berufes (jeweils positiv), auch der Kennwerte zu den life events im beruflichen Bereich (negativ), weiterhin des anamnestischen Kennwertes der Berufstätigkeit vor der Kur (positiv) und der Beschwerden (FBL, negativ). So wird sehr eindeutig klar, daß hier eine Dimension des katamnestischen Kurerfolgs und des subjektiv erlebten positiven Gesundheitszustandes zum Ausdruck kommt.

Der 2. Faktor (Eigenwert 5,42, Varianzanteil 6,5%) weist Höchstladungen lediglich der Frage, ob nach Auffassung der Patienten an der Kurklinik ein Psychologe/eine Psychologin arbeiten sollte (eher ja) und der (eher verminderten) Zuversicht bezüglich der eigenen Familie und den sonstigen Beziehungen zu anderen Menschen, und zwar in Verbindung mit der anamnestisch erhobenen Kinderzahl, auf. Sodann wird der Faktor durch Höchstladungen des psychologisch-psychotherapeutischen Krankheitskonzeptes (KKB1), durch Introversion und Neurotizismus (FPI), außerdem durch ehebezogene und kinderbezogene subjektive Belastung (BFB1, BFB4) durch "Mißstimmung", "Gedrückte Stimmung" und "Trägheit" (SES2, SES4,SES5), und durch "Mißtrauen gegenüber Ärzten und Therapien" (HG1) bestimmt. Er erweist sich somit klar als Faktor der belastungs- und konfliktrelevanten Persön-

lichkeits- und Befindensmerkmale und der psychosozialen Belastung im Zusammenhang mit dem Ehe- und Familienleben.

Der 3. Faktor (Eigenwert 4,88, Varianzanteil 5,8%) weist Höchstladungen der Häufigkeit und Dauer des Wanderns sowie der Dauer der Entspannungsübungen (jeweils auf der Kur erlernt oder empfohlen), ferner der täglich erholungs- und entspannungsgenutzten Stunden, des Kaffee- bzw. Tee- und Aufputschmittelkonsums, der Zuversicht bezüglich der Familie und sonstigen Beziehungen, der Weiterarbeit an der gleichen Arbeitsstelle (nach der Kur; eher nein), auch der anamnestisch ermittelten Berufstätigkeit vor der Kur (eher nein) auf. Er erweist sich somit als Faktor des Arbeitsplatzwechsels und der Erholung, in Verbindung mit gesundheitsförderlichem Verhalten.

Auf dem 4. Faktor (Eigenwert 4,11, Varianzanteil 4,9%) erscheinen Höchstladungen der Weiterarbeit an der gleichen Arbeitsstelle (eher ja), des Raucherstatus (eher nein), des Alters und Geschlechts (eher höheres Alter und Zugehörigkeit zum weiblichen Geschlecht), der anamnestisch erhobenen Berufsausbildung (eher nein) und Berufstätigkeit (eher niedriger Status) und der FPI-Variable "Offenheit" (eher vermindert), außerdem der Risikovermeidung, der Krankheitszeichenbeachtung und des körperbezogenen Mißtrauens (HG2, HG3, HG4). Er kann somit als partiell geschlechts- und altersspezifischer Faktor der konstanten Berufs- und Arbeitsplatzsituation bei eher mißtrauisch-hypochondrischer Haltung beschrieben werden.

Faktor 5 (Eigenwert 3,69, Varianzanteil 4,4% ist ausschließlich durch Kennwerte des Katamnesebogens, und zwar der Häufigkeit der Morgengymnastik und der Entspannungsübungen, ferner der Häufigkeit und Dauer des Hautbürstens (jeweils auf der Kur erlernt oder empfohlen), der Stunden körperlicher Betätigung, auch des Konsums an "sonstigen"Medikamenten und der Zahl der Hausarztkonsultationen, gekennzeichnet. Er kann somit als Faktor des Geundheitsverhaltens und der Inanspruchnahme ärztlicher Behandlung bezeichnet werden (Eigenwert 3,60, Varianzanteil 4,4%).

Faktor 6 hingegen kennzeichnet sich durch maximale Negativladungen der Dauer der Morgengymnastik und der Entspannungsübungen sowie der Ernährungsweise (jeweils auf der Kur erlernt oder empfohlen), ferner durch die eher"sonstige" (anstatt vorherrschend "körperliche") Betätigungen in der Freizeit, den Konsum an Bier und hochprozentigen Getränken, das Körpergewicht, die (verminderte) Einnahme von Abführmitteln, nicht zuletzt das Geschlecht (eher männlich). So zeigt sich also ein zumindest teilweise geschlechtsspezifisch gegebener Mangel an gesundheitsförderlichen Verhaltensweisen.

Der 7. Faktor (Eigenwert 3,33, Varianzanteil 4,0%), jeweils durch Höchstladungen der Beschwerden (FBL), des stress- und arbeitsbezogenen Krankheitskonzepts (KKB2, KKB4), durch Introvertiertheit (FPI), weiterhin durch arbeitsbezogene Beanspruchung und Überforderung (BFB2) und "Müdigkeit" (SES6) gekennzeichnet, stellt sich recht eindeutig als Faktor der subjektiven Beschwerdenneigung und Überforderung heraus.

Auf dem 8. Faktor (Eigenwert 3,01, Varianzanteil 3,6%) finden sich maximale Ladungen der Dauer des Wanderns, der Häufigkeit und Dauer des Schwimmens (jeweils mit Negativladungen), der Hauptdiagnose (eher "Psychovegetatives Syndrom"), der Einnahme von Schlafmitteln, der organmedizinischen Krankheitskonzeption (KKB3) und des Mißtrauens gegenüber Ärzten und Therapien (HG1). Deutlich wird hiermit eine Dimension mangelnden Gesundheitsverhaltens bei mißtrauischer Einstellung gegenüber medizinischer Behandlung.

Die Beurteilung der Lebensführung als (eher nicht) gesund, die Kennwerte zu den life events im familiären Bereich und die dichotomisierte "life"-Variable (eher Vorkommen von Ereignissen), weiterhin das (eher jüngere) Alter kennzeichnen den 9. Faktor (Eigenwert 2,84, Varianzanteil 3,4%). Er erhält die Bedeutung von belastungsrelevanten Lebensereignissen und mangelnder subjektiv beurteilter gesunder Lebensführung.

Faktor 10 (Eigenwert 2,68, Varianzanteil 3,2%) enthält Höchstladungen der Arbeitslosigkeit (eher ja), Krankheits-

zeitendauer, der Zahl an Klinikaufenthalten und Facharztkonsultationen. Er umfaßt also Krankheitsdauer, medizinische Behandlung und Arbeitsplatzverlust.

Lebensereignisse im berufsbezogenen Bereich und - anamnestisch erhobener - Raucherstatus, außerdem gehobene, aktivierte und ausgeglichene Stimmungslage (SES1, SES3, SES7), auch die (negativ ladende) Zahl von Konsultationen psychologisch-psychiatrischer und sozialarbeiterischer Fachkräfte bestimmen den 11. Faktor (Eigenwert 2,52, Varianzanteil 3,0%). Er erscheint also als Faktor der belastungsrelevanten berufsbezogenen Lebensereignisse (und Rauchergewohnheiten) und gehoben-aktivierten Stimmungs- und Befindenslage.

Der 12. Faktor schließlich (Eigenwert 2,46 und Varianzanteil 3,0%) ist gekennzeichnet durch die Häufigkeit der Krankmeldungen, die (negativ ladende) Zuversicht bezüglich Beruf und sonstige Beziehungen zu anderen Menschen durch "Aggressivität" (FPI), berufsbezogene Unzufriedenheit (BFB3) und (verminderte) Risikovermeidungstendenz (HG2).
Er kann mit den Stichworten Aggressivität-Unzufriedenheit-mangelnde Zuversicht in Verbindung mit der Häufigkeit von Krankmeldungen bestimmt werden.

Wenig eindeutige Ladungsmuster finden sich für dichotomisierte Variablen nach der erhaltenen bzw. nicht erhaltenen psychologischen Behandlung.

Abschließend sollen die Faktoren nochmals kurz benannt werden:
Faktor 1: Faktor des katamnestischen Kurerfolgs und des subjektiv erlebten positiven Gesundheitszustandes;
Faktor 2: Faktor konflikt- und belastungsrelevanter Persönlichkeits- und Befindensmerkmale sowie psychosozialer Belastungen im Zusammenhang mit dem Ehe- und Familienleben;
Faktor 3: Faktor des Arbeitsplatzwechsels und der Erholung; in Verbindung mit gesundheitsförderlichen Verhaltensweisen;
Faktor 4: Faktor der teilweise geschlechts- und altersspezifischen konstanten Berufs- und Arbeitsplatzsituation bei

eher mißtrauisch-hypochondrischer Haltung;
Faktor 5: Faktor gesundheitsförderlicher Verhaltensweisen und der Inanspruchnahme ärztlicher Behandlung;
Faktor 6: Faktor eines teilweise geschlechtsspezifischen Mangels an gesundheitsadäquaten Verhaltensweisen;
Faktor 7: Faktor subjektiver Beschwerdenneigung und Überforderung;
Faktor 8: Faktor mangelnden Gesundheitsverhaltens bei mißtrauischer Einstellung gegenüber der medizinischen Behandlung;
Faktor 9: Faktor der teilweise altersspezifischen belastungsrelevanten familienbezogenen Lebensereignisse und mangelnden (subjektiv) positiv beurteilten Lebensführung;
Faktor 10: Faktor der Krankheitsdauer und medizinischen Behandlung sowie des Arbeitsplatzverlustes;
Faktor 11: Faktor der berufsbezogenen belastungsrelevanten Lebensereignisse bei gehoben-aktivierter Stimmungs- und Befindenslage und anamnestisch erhobenen Rauchergewohnheiten;
Faktor 12: Faktor Aggressivität - Unzufriedenheit-mangelnde Zuversicht in Verbindung mit der Häufigkeit von Erkrankungen.

20.3 Diskussion

Die im Rahmen von sechs faktorenanalytischen Auswertungsgängen gewonnenen Ergebnisse bedürfen einer angemessenen Einschätzung hinsichtlich ihrer Aussagekraft; vor allem ist vor einer Überschätzung zu warnen. Diese Vorsichtigkeit wird nahegelegt durch verschiedene Umstände, so die Einbeziehung unterschiedlicher Datenniveaus (metrische, aber auch dichotomisierte Variablen), die Berücksichtigung von etwas reduzierten Stichprobengrößen (um möglichst wenige missing-data - korrigierte "Aufblähungen" in Kauf nehmen zu müssen), die ihrerseits von Faktorenanalyse zu Faktorenanalyse nicht ganz identisch sind. Auf der anderen Seite erlauben die zusammenhangsanalytisch fassbaren Strukturen eher eine Verallgemeinerung auf die gesamte Stichprobe, wenn sie unter diesen Umständen mit einer gewissen Konstanz auftreten. Da-

für spricht auch die bereits früher gemachte Feststellung, daß sich die Unterschiede, die infolge der Unterscheidung zwischen Katamneseteilnehmern und -nichtteilnehmern auftreten, als weniger bedeutsam erweisen. Auch die Stichprobenbegrenzung, die sich daraus ergibt, daß in der Faktorenanalyse Nr. 5 und Nr. 6 (nur in diese) lediglich verheiratete Personen (die ja die Mehrzahl der Patienten bilden) einbezogen werden, da nur von diesen die subjektiven Belastungen im Zusammenhang mit der Ehe (BFB1) vorliegen, kann hingenommen werden. Der Grund dafür ist, daß sich in den interindividuellen Unterschiedsanalysen in Abhängigkeit vom Familienstand weniger erhebliche Unterschiede herausgestellt haben. Gleichwohl, es bleiben, auch unter dem legitimen Hinweis auf das eher exploratorisch-deskriptive Interesse, manche Fragen offen. Die faktorenanalytischen Befunde sollen nun weiter unter folgenden Gesichtspunkten diskutiert werden, wobei wir, wie erwähnt, in interessierenden Fällen auf korrelations- und regressionsanalytisch ermittelte Befunde zurückgreifen:

1. Lassen sich in den verschiedenen Auswertungen stabile Dimensionen erkennen?
2. Wie sind in zusammenhangs- bzw. dimensionsanalytischer Hinsicht die kurbezogenen Einstellungen und Bewertungen der Patienten, die Interviewvariablen sowie die Variablen des Gruppenarzt- und Gruppenbetreuerin-Ratings innerhalb der Datenstruktur "verankert"?
3. Welche Lokalisierung haben die medizinischen Daten im Rahmen der dimensionsanalytischen Auswertung?
4. Welche Lokalisierung erreichen Gruppeneinteilungsmerkmale wie Geschlecht, Alter, Berufsstatus und Diagnose?

1. Es gibt einige Faktoren bzw. Dimensionen, die auf recht stabile Weise in den verschiedenen angewendeten faktorenanalytischen Designs, d.h. auch in den unterschiedlichen Untersuchungsterminen, "wiederkehren". Eine bemerkenswerte Stabilität erreicht etwa die Dimension der belastungs- und störungsrelevanten Persönlichkeitsmerkmale. Sie bildet im Rahmen der 1.Faktorenanalyse zu T1 und T2 den ersten und zu T3 den dritten Faktor,

was auch auf einen erheblichen Varianzanteil dieses Faktors hindeutet. Auch die Korrelationstabellen verdeutlichen dieses "Merkmalsbündel". Um es nur an einem Beispiel aufzuzeigen (vgl. Tab. 30): Die Neurotizismusskala des FPI korreliert mit einem $r > .50$ mit den ersten vier Skalen des BPI ($p \leqslant .001$). Auch unter Einbeziehung der psychologischen Fragebogenvariablen sowohl von Kurpatienten- als auch Vergleichspersonengruppe (Faktorenanalyse 4) findet sich die eben genannte Dimension.

Was weitere Persönlichkeitsmerkmale betrifft, so sind deren Stabilität und Eindeutigkeit nicht ganz so klar wie bei den eben genannten. So erreicht z.B. die Offenheit der Selbstbeschreibung im Rahmen der 1. Faktorenanalyse (psychologische Variablen zu den verschiedenen Terminen) zum 1. und 2. Termin einen eher unabhängigen Status, während sie zum 3. Termin eher mit jenen konfliktrelevanten Persönlichkeitsmerkmalen einhergeht. Dieser letztgenannte Befund ist nicht erstaunlich, zumal unter Bedingungen der eher "häuslichen" Beantwortung der Testbogen in der katamnestischen Untersuchung die Offenheit der Selbstschilderung einen vermehrten Einfluß nehmen dürfte. Dabei ist denkbar, daß sich die Patienten offener verhielten, wenn sie auch mehr "Druck" haben. Werden die psychologischen und die katamnestischen Variablen gemeinsam faktorenanalysiert (Faktorenanalyse 6), dann "rücken" die genannten konfliktrelevanten Persönlichkeitsmerkmale und die psychosozialen Krankheitskonzepte und Belastungen (Ehe, Kinder), auch die - sonst eher unabhängig auftretende - Trias von gereizter, gedrückter und müder Stimmungs- und Befindenslage "näher zusammen". Beispielsweise beträgt das r von FPI N mit BFB1 .24, mit BFB4 .32, mit KKB1 .50 ($p \leqslant .01$).

Recht eindeutig und stabil wird auch eine Dimension der Gelassenheit, der Zuversicht und des Wohlbefindens sichtbar, wie wir die Trias von "Gehobener Stimmung" (SES1) "Aktiviertheit" (SES3) und "Ausgeglichener Stimmung"

(SES7) genannt haben. Im Rahmen der Faktorenanalyse Nr.1 findet sich dieser Faktor zum 1. Termin an 3., zum 2. an 6. und zum 3. an 1. Stelle, wobei er zum letztgenannten Termin also den größten Varianzanteil "bindet". Die Korrelationen bestätigen dies; z.B. betragen sie zwischen SES1 und SES3 .52, SES1 und SES7 .53, SES3 und SES7 .51 ($p < .001$). Wenngleich in einigen Faktorenanalysen diese Trias durch andere Variablen in ihrer Bedeutung "angereichert wird", wie wir z.B. im Zusammenhang mit den kurbezogenen Beurteilungen gleich sehen werden, so bleibt sie als solche weithin stabil.

Stabilität, soweit sich dies aus unseren Auswertungen entnehmen läßt, scheint sich vor allem auf strukturelle Anordnungen der Dimensionen zu beziehen. Dies besagt indessen noch nichts Genaueres über die von Termin zu Termin erfolgende Veränderung in diesen Dimensionen, zumal wir keine statistischen Vergleiche zwischen den zeitpunktspezifischen Faktorenmustern durchführen. Immerhin kann aber abgeleitet werden, daß bei den relativ stabil jeweils wiederkehrenden Dimensionen die Veränderungen weniger die strukturellen, etwa die persönlichkeitsstrukturellen Konstellationen, sondern mehr die Veränderungen in den Ausprägungen auf den einzelnen Faktoren betreffen.

Über die verschiedenen Faktorenanalysen hinweg findet sich auch immer wieder die Kombination der ehe- und kinderbezogenen Belastungsskalen BFB1 und BFB4 (r zum 1. Termin .45, zum 2. Termin .47, zum 3. Termin .45, p jeweils $< .001$). Gelegentlich erscheinen die beiden Variablen auch auf einer Dimension zusammen mit belastungs- und konfliktrelevanten Persönlichkeitsmerkmalen und mit dem bekannten KKB1-Konzept, so bei der Faktorenanalyse Nr. 6. Zweierlei wird an den Resultaten zu BFB1 und BFB4 deutlich: Einmal wird die häufige klinische Beobachtung, daß partner- und kinderbezogene Belastungen miteinander einhergehen, bestätigt, wobei hier einmal von der durch unsere Methode erfaßten Art bzw. Dimensionalität dieser Schwierigkeiten abgesehen wird. Zum anderen zeigt sich, daß interpersonelle Konflikte und Be-

lastungen nicht unabhängig von Persönlichkeitszügen, insbesondere psychoneurotischer Art, sind. Dies wurde auch jüngst im Rahmen einer umfassend und anhand sozialpsychologischer und persönlichkeitspsychologischer Fragestellungen durchgeführten Studie zum "Gelingen und Scheitern ehelicher Partnerschaft" von PRODÖHL (1979) festgestellt. Bemerkenswert an unseren Befunden ist noch, daß im Falle erhöhter ehe- bzw. kinderbezogener Belastungswerte auch eine größere Präferenz für ein psychosoziales-psychotherapeutisches Krankheitskonzept vorzufinden ist.

Beachtung verdient unter dem Gesichtspunkt stabil auffindbarer Dimensionen auch der Faktor, der sich als psychovegetative Gestörtheit bzw. psychovegetative Symptomatik bezeichnen läßt. Die bekannten Umschreibungen der Symptomatik, etwa bei JORES (1973) oder DELIUS (1975a), bestätigen sich auch im Rahmen unserer faktorenanalytischen Auswertung. Z.B. gehen in der Faktorenanalyse Nr. 1 zum 1. Termin das Ausmaß subjektiver Beschwerden (FBL), ein an naiven Stressvorstellungen orientiertes und ein betont somatisch ausgerichtetes Krankheitskonzept (KKB2, KKB3), außerdem einige charakteristische Hypochondriemerkmale (HG) einerseits und eine verminderte Aggressivität, Extravertiertheit und Offenheit andererseits miteinander einher (r z.B. zwischen FBL und KKB2 .45, $p < .001$). Werden anamnestische und Interviewvariablen hinzugenommen, dann erweitert sich die Bedeutung dieser ansonsten stabilen Dimension u.a. um die (anamnestisch erhobenen) Kennwerte zur Schlafgüte und zum Erholungsgefühl, auch um die Kennwerte zum Konsum von Beruhigungs-, Schlaf- und Abführmitteln, die ja gerade gegenüber Beschwerde- und Beunruhigungszuständen häufig eingenommen werden. In der Faktorenanalyse unter Einbezug der katamnestischen Kennwerte (Nr.6) differenziert sich dieser Faktor aber einerseits in eine eher "psychologische" Dimension, wie sie durch den dortigen 7. Faktor der (subjektiven) Beschwerdenneigung und Überforderung (FBL, BFB2) repräsentiert wird, und in eine Dimension (dortiger Faktor 8), die gemeinsam durch Gesundheitsverhalten (Häufigkeit und Dauer des Schwimmens, Häufigkeit des

Wanderns;neg.)und durch psychologische Variablen, nämlich die somatische Orientierung (KKB3) und das "Mißtrauen gegenüber Ärzten und Therapien" (HG1), außerdem durch die Zugehörigkeit zur Hauptdiagnose gekennzeichnet ist.

Ein zunächst merkwürdig anmutender Zusammenhang erscheint mehrmals und stabil zwischen der berufsbezogenen, d.h. auf die Art der Arbeit, die Kollegen und die Bezahlung bezogenen Unzufriedenheit (BFB3) und bestimmten HG-Variablen, so z.B. in der Faktorenanalyse Nr. 1 zum 1. und 2. Termin zwischen eher erhöhten BFB3- und verminderten HG3 (Beacht. v. Krankh.anz.)-Werten und - zum 2. Termin - auch erhöhten HG1-Werten. Unter Einbeziehung anamnestischer Kennwerte gehen, so auf dem 11. Faktor der Analyse Nr. 5, mit den eben genannten BFB3-HG3-Beziehungen noch erhöhte krankheitsbedingte Fehlzeiten einher (in dieser Faktorenanalyse wurde aus Häufigkeit und Dauer ein Summenwert gebildet). Sehr ähnlich erscheint auch in der auf die Kurnachzeit bezogenen Faktorenanalyse Nr. 6 auf dem Faktor 12 die Merkmalskombination "Aggressivität-Unzufriedenheit-mangelnde Zuversicht" in Verbindung mit der Häufigkeit der krankheitsbedingten Fehlzeiten. Ein solcher zumindest in geringem Umfang gegebener Zusammenhang läßt sich z.B. auch aus den folgenden Korrelationen entnehmen: r anamn. Krankmeldungshäufigkeit - BFB3, T1 .19, - BFB3, T2 .25, - BFB3, T3 .19 ($p \leqslant .05$; katamn.Krankmeldungsdauer - FPI2 (Aggr.), T3 .23 ($p \leqslant .01$); katamn.Krankmeldungshäufigk. und -dauer - BFB3, T3 jeweils . 19 ($p \leqslant .05$). Werden diese Befunde nun noch im Zusammenhang damit gesehen, daß die berufsbezogene Unzufriedenheit auch zusammen mit dem Belastungsfaktor des Psychologischen Interviews (darauf gehen wir weiter unten näher ein) Höchstladungen auf einem einzigen Faktor erreicht und darüber hinaus zwar mit den Krankheitszeiten, kaum aber, sogar eher in negativer Korrelation, mit den objektiven risikorelevanten medizinischen Kennwerten einhergeht (dies zeigt sich z.B. darin, daß die r-Werte zwischen der Neurotizismusvariable des FPI, den ersten 4 BPI-Variablen und der BFB3-Variable einerseits und den Cholesterin-

Triglyceride-, auch Harnsäurewerten andererseits vielfach um bzw. über -.20 liegen), dann wird folgende Vermutung nahegelegt: Krankheitszeiten werden als objektive Größen umgrenzbarer Krankheiten weitgehend relativiert; vielmehr wirken sie in ihrer Beziehung zu Unzufriedenheits- und Belastungsvariablen eher als Konflikt-, vielleicht auch als Protestindikator, möglicherweise auch als Hinweis auf eine der Bewältigungs- und Verarbeitungsmöglichkeiten gegenüber belastenden arbeits- und berufsbezogenen Alltagssituationen. Zu ähnlichen Folgerungen kam ja auch kürzlich ZIMMERMANN (1976, worauf wir weiter oben schon verwiesen haben).

2. Was die "Verankerung" der kurbezogenen Einstellungen und Beurteilungen (letztere sowohl aus der Sicht der Patienten wie aus der Sicht der Gruppenärzte und Gruppenbetreuerinnen) sowie weiterhin der Interviewvariablen betrifft, so ist zunächst anzumerken, daß diese Variablen die ohne ihre faktorenanalytische Einbeziehung gefundenen Datenstrukturen nur geringfügig verändern. Sollten also z.B. die "Einstellungen zur Kur" eher "sekundär", also in Abhängigkeit von "antezedenten" anderen, insbesondere psychologischen Variablen (etwa der subjektiven Beschwerden) zu interpretierende Kennwerte darstellen? Im vorliegenden Zusammenhang (im regressionsanalytischen Zusammenhang bei 26 kommen wir nochmals auf das Problem zurück) können wir einige Anhaltspunkte sehen, die für eine solche Annahme sprechen (wobei Wechselwirkungen in der Interpretation nicht unberücksichtigt bleiben dürfen). So finden sich z.B. in der Faktorenanalyse Nr. 2 auf einer Dimension sowohl psychologische Kennwerte, die eine psychovegetative Symptomatik repräsentieren, als auch Variablen, die die Erwartung nach Wiederherstellung eines befriedigenden Gesundheitszustandes (EzK1) und nach Aussprache und Kommunikation erfassen (EzK2).

   Dagegen erreicht die erste EzK-Variable im Zusammenhang mit der bekannten BFB3-HG2-HG3-Kombination eine maximale Negativladung, was erneut einen protest- und appellarti-

gen Charakter der durch die berufsbezogene Unzufriedenheit geprägten Dimensionen vermuten läßt.

Wird die Verankerung der EzK-Variablen nun in regressionsanalytischer Hinsicht, und zwar unter Einbeziehung von verschiedenen anamnestischen Kennwerten und von den psychologischen Fragebogenvariablen jeweils des Kuranfangs (also des gleichen Termins) als Prädiktoren überprüft (vgl. 26 und Tab. 57), dann ergibt sich: Die Ausprägungen in der auf die Wiederherstellung eines befriedigenden Gesundheitszustandes bezogenen EzK1-Variable hängen jeweils in statistisch bedeutsamer Weise (p jeweils $\ll .01$) von den Ausprägungen in den stress- und organmedizinisch orientierten KKB2- und KKB3-Krankheitskonzepten, ferner einer eher verringerten Risikovermeidung (HG2) und Aggressivität (FPI2) ab. Bei den Werten von R.70, R^2 .48 und R^2 adjust. .46 wird deutlich, daß die vier Prädiktoren fast die Hälfte der Varianz aufklären.

Die EzK2-Variable, die den Wunsch nach Alltagsentlastung und Aussprache repräsentiert, wird in ihrer Varianz durch die ehe- und kinderbezogene Belastung (BFB1 und BFB4) sowie erneut durch eine eher verminderte Risikovermeidung (HG2) aufgeklärt, und zwar bei R.60, R^2 .36 und R^2 adjust. .35 (p jeweils $\ll .01$). Im Hinblick auf EzK3, womit die Erwartung nach natürlich-erholungsfördernden Maßnahmen ausgedrückt wird, spielen die auf Stress und Schonung bezogene Krankheitskonzeption (KKB2) und die - jeweils negativ gewichteten - Beschwerden- und die auf ärztliche Behandlung bezogene Mißtrauensvariable (FBL und HG1) eine Rolle. Mit R von .60, R^2 .36 und R^2 adjust. .35 klären sie, wie im Falle von EzK2, ebenfalls etwa ein Drittel der Kriteriumsvarianz auf.

Bemerkenswert an diesen regressionsanalytisch ermittelten Resultaten ist, übereinstimmend mit denen aus den Faktorenanalysen, daß die Varianz der kurbezogenen Erwartungen hauptsächlich durch kognitive Beschwerdenattributionen und Behandlungsvorstellungen sowie

durch hypochondrierelevante Variablen aufgeklärt wird und daß den Persönlichkeitsvariablen kaum eine entsprechende Bedeutung zukommt. Darüber hinaus weisen die Krankheitskonzepte und die speziellen kurbezogenen Erwartungen gewisse inhaltliche Entsprechungen auf, wie etwa im Zusammenhang von BFB1 und BFB4 einerseits und EzK2 andererseits deutlich wird. Zu beachten ist, daß die hypochondrierelevanten Merkmale des HG-Fragebogens offenbar einen Einfluß in dem Sinne ausüben, daß sie die subjektiven Erwartungswahrscheinlichkeiten in bezug auf kurerfolgsrelevante Ereignisse herabsetzen und eine eher mißtrauisch-zögernde Haltung begünstigen.

Nun zur Stellung der BdK-Variablen. Z.B. gehen in der Faktorenanalyse Nr. 3 positive Höchstladungen aller BdK-Variablen mit solchen der bekannten Stimmungs- und Befindens-Trias von SES1, 3, 7 einher. Dagegen scheinen sich erhöhte Beschwerdenwerte zum Kurende (FBL), ebenso erhöhte "Nervosität" (BPI3) und vergrößertes "Mißtrauen gegenüber dem eigenen Körper" (HG4) und nicht zuletzt ein eher gereizt-gedrückt-müdes Befinden in erheblichem Maße auf die kurbezogene Beurteilung auszuwirken. Sowohl der globale Kurerfolg aus der Sicht der Patienten wie auch aus der Sicht von Gruppenärzten und Gruppenbetreuerinnen sind in diesem Fall verringert (so Faktor 3 der Faktorenanalyse Nr. 4).

Den Zusammenhang z.B. von kurbezogener Zufriedenheit und eher verringerten Beschwerden zeigt das r zwischen BdK1 und FBL von -.42 ($p \leqslant .001$).

Sehr ähnliche Verhältnisse ergeben sich, wenn die vier BdK-Variablen als Kriterien und verschiedene anamnestische Kennwerte sowie die psychologien Variablen, die - wie die des Fragebogens BdK - zum Kurende, also zum identischen T2, erhoben wurden, als Prädiktoren in eine regressionsanalytische Auswertung (vgl. Tab. 57) einbezogen werden (hier ohne EzK-Variablen als Prädiktoren; dies ist u.a. Gegenstand der längsschnittbezogenen Auswertungen bei 26). Einen jeweils bedeutsamen Varianzanteil ($p \leqslant .01$) der auf den globalen Kurerfolg und die Zukunftserwartung bezogenen

BdK1-Variable klären die zum Kurende angegebenen Ausprägungen der Beschwerden (FBL), der "Gehobenen Stimmung" (SES1), des psychosozial-psychotherapeutischen Krankheitskonzepts (KKB1) sowie das Geschlecht, bei R .60, R^2 .36 und R^2 adjust. .34, auf. Dabei zeigt sich erneut, daß die Kurerfolgsbeurteilung positiver bei eher verminderten Beschwerden, zunehmenden KKB1- und SES1-Werten und bei Zugehörigkeit zum männlichen Geschlecht ausfällt. Die Varianz der in der BdK2-Variable repräsentierten "Zufriedenheit mit der medizinischen Untersuchung und Behandlung während des Heilverfahrens" wird zu 14% (R .40, R^2 adjust. .14) durch die drei Prädiktoren der (zunehmenden) ausgeglichenen Stimmung (SES1) und der (jeweils verminderten) "Nervosität"(BPI3) und "Trägheit" (SES5) aufgeklärt. Die Zufriedenheit mit erholungs- und kommunikationsfördernen Bedingungen und Maßnahmen des Kuraufenthalts" (BdK3) geht mit dem KKB1- sowie dem KKB2 ("Stress und Schonung")-Konzept, der "Aktiviertheit" und den (negativ gewichteten) Beschwerden einher (R. 49, R^2 .24, R^2 adjust. .23). Schließlich steht die "positive Bewertung psychologischer Kurmaßnahmen" (BdK4) in systematischer Beziehung mit dem psychologisch-psychotherapeutischen Krankheitskonzept (KKB1), der "Gehobenen Stimmung" (SES1), der (verminderten) "Nervosität" (BPI3) sowie der im Psychologischen Interview eingeschätzten psychischen Belastung (Belastungsrating), und zwar bei R .56, R^2 .31 und R^2 adjust. .29.

Die faktoren- und regressionsanalytischen Resultate zu den BdK-Variablen machen also deutlich, daß deren Ausprägungen in beachtlichem Ausmaß von dem zum Kurende gegebenen Ausmaß an Beschwerden und an psychovegetativer Störungsanfälligkeit (BPI3), weiterhin von dem Ausmaß, in dem die Patienten "psychologische"Krankheitskonzepte präferieren, abhängen. Im Gegensatz zu den EzK-Variablen wird für das Ausmaß, in dem die Patienten subjektiv von ihrem Heilverfahren profitieren, ein psychosomatisch-psychovegetativer Persönlichkeitszug von größerer Bedeutung, ebenso bestimmte Stimmungs- und Befindensmerkmale. Dagegen tritt der Einfluß hypochondrierelevanter Merkmalsbereiche etwas zurück.

Erneut werden auch inhaltliche Entsprechungen zwischen den zu beurteilenden Bereichen und den damit einhergehenden Krankheitskonzepten deutlich, so z.B. zwischen der Beurteilung der psychologischen Kurmaßnahmen und der kommunikationsfördernden Bedingungen einerseits und der Vorstellung von der psychischen Mitverursachung der Beschwerden und der Adäquanz psychotherapeutischer Hilfen andererseits. In gewissem Umfang wird dadurch die Hypothese bei psychodynamisch orientierten Autoren (z.B. BRÄUTIGAM 1978; auch schon MENTZEL 1969) bestätigt, daß Neuübersetzungen bzw. Reattributionen unangenehmer somatischer Zustände und Beschwerden in lebensgeschichtlich-psychologische Zusammenhänge wünschenswerte Behandlungsergebnisse, etwa eine effektivere Auseinandersetzung mit jenen Belastungen, mit sich bringen können.

Was der faktorenanalytisch ermittelte Status der katamnestischen (expliziten) Kurbeurteilung (anhand der ersten 3 Items des Katamnesebogens) betrifft, so ähnelt dieser sehr demjenigen der zum Kurende abgegebenen Beurteilung des Heilverfahrens. Die katamnestische Kurbeurteilung erreicht zwar keine bipolare Ladung wie jene, so aber doch eine positive Höchstladung zusammen mit einer solchen von einigen, auf den subjektiv erlebten Gesundheitszustand, aber auch auf Gesundheitsverhaltensweisen (Schwimmen) und auf (eher stabile) Arbeitsplatzverhältnisse bezogenen Kennwerten und zusammen mit einer negativen Höchstladung der Dauer krankheitsbedingter Fehlzeiten.

Betont werden sollte auch die nicht unerhebliche Übereinstimmung zwischen der globalen Kurerfolgseinschätzung der Patienten (BdK1) und der Gruppenärzte, teilweise auch der Gruppenbetreuerinnen. Darauf verweisen die gemeinsamen Höchstladungen der Variablen des Fragebogens BdK und der Kurerfolgseinschätzung aus der Sicht der Ärzte und Betreuerinnen, ebenso z.B. das r zwischen BdK1 und Arztr.1 von .43 ($p \leqslant .001$), das numerisch höher liegt als das r zwischen BdK1 und Betr.r. (.24, $p \leqslant .01$). (Die entsprechenden Einschätzungen von Gruppenärzten und -betreuerinnen selbst

korrelieren in Höhe von r .33, p $\leqslant$ .01 miteinander.) Wiederum können regressionsanalytische Auswertungen eventuell gemeinsame Bedingungen jener zumindest partiellen Übereinstimmung erbringen.

So ist es angebracht, in einem Exkurs kurz auf jene Verhaltens- und Erlebnisbereiche der Patienten, soweit sie durch unsere Variablenliste erfasst sind, einzugehen, die als "Prädiktoren" das Rating von Ärzten und Betreuerinnen"beeinflussten". Wir führten dazu im Hinblick auf die drei - als Kriterien definierten - Ratingvariablen jeweils schrittweise Regressionen durch. In diese gingen jeweils folgende Prädiktoren ein: Sie bestanden aus den einzelnen zum Kuranfang erhobenen Variablen der psychologischen Fragebogen, aus anamnestischen Variablen zu Geschlecht, Alter, beruflichem Status, Familienstand, Trink- und Rauchgewohnheiten, Medikamentenkonsum, stationären medizinischen Behandlungen, außerdem aus dem Belastungsrating des Psychologischen Interviews sowie den jeweils dichotomisierten Variablen der Hauptdiagnose und der zusätzlichen psychologischen Behandlung, außerdem dem relativen Körpergewicht (nach BROCCA-Formel). Werden jeweils nur statistisch bedeutsame einzelne Prädiktoren betrachtet (vgl. Tab. 57), dann ergibt sich ein sehr signifikanter Varianzanteil (p jeweils $\leqslant$ .01) des Arztratings 1, das auf globalen Kurerfolg und Prognose bezogen ist, durch die psychologischen Variablen der "Aktiviertheit" (SES3), der "Nervosität" (BPI3) und der "Müdigkeit" (SES6) mit einem R .43, R^2 .18, R^2 adjust. .16, wobei die Betagewichte der erstgenannten Variable positive und diejenigen der an zweiter und dritter Stelle genannten Variablen negative Vorzeichen tragen. Je aktiver und je weniger müde und nervös bzw. psychovegetativ labil die einzelnen Patienten in den Selbstdarstellungen der zum Kuranfang gegebenen Fragebogen also erscheinen, desto positiver werden sie eingeschätzt. Das Arztrating 2, das sich auf das Ausmaß der psychosomatischen Gestörtheit der einzelnen Patienten bezieht, wird in seiner Varianz wiederum durch drei Variablen der psychologischen Fragebogen bedeutsam (p wieder jeweils $\leqslant$ .01) zumindest zu einem Teil

aufgeklärt: "Intimbereich" (BPI5), "Müdigkeit" (SES6) und "Aggressivität" (FPI2) sind die Prädiktoren bei R .45, R^2 .20 und R^2 adjust. .18. Hierbei haben die ersten beiden genannten Variablen negative Vorzeichen, so daß bei verminderter sexueller Konflikthaftigkeit und Müdigkeit, jedoch bei zunehmender Aggressivität durch die Gruppenärzte eine vermehrte psychosomatische Gestörtheit angenommen wird.

Das Betreuerinrating, das eine psychisch verminderte Auffälligkeit und einen eher positiven Kurerfolg betrifft, wird zu etwa einem Fünftel (R .47, R^2 .22, R^2 adjust. .20) durch die folgenden zwei psychologischen und zwei anamnestischen Variablen bedeutsam ($p \leqslant .01$) aufgeklärt: "Müdigkeit" (SES6), Erstkurgänger/Kurwiederholer (jeweils mit negativem Gewicht) und Alter. Bei verminderter hypochondrisch-besorgter Einstellung und Müdigkeit sowie beim Status des "Kurneulings" und der eher älteren Altersgruppe kommen die Betreuerinnen also zu zunehmend positiven Einschätzungen.

Entgegen unserem sonstigen eher querschnittbezogenen Vorgehen im Rahmen des vorliegenden Kapitels wollen wir noch kurz auf die regressionsanalytischen Ergebnisse zum Arzt- und Betreuerin-Rating eingehen, wenn nicht die psychologischen Variablenausprägungen des Kuranfangs, sondern des Kurendes (in Verbindung mit den zuvorgenannten anamnestischen Variablen) einbezogen werden. Der Grund dafür liegt darin, daß das Rating zum Kurende gegeben wurde und daher die Selbstdarstellungen der Patienten, nicht nur wie sie zum Beginn, sondern auch wie sie gegen Ende des Heilverfahrens erhoben wurden, als "unabhängige Variablen" eine Bedeutung angenommen haben dürften. Hier die bedeutsamen ($p \leqslant .01$) Prädiktoren für Arztrating 1: Geschlecht (männlich positiver), Hauptdiagnose ("Psychovegetatives Syndrom" eher positiv), "Beachtung von Krankheitsanzeichen" (HG3, zunehmender Wert eher negativ) bei R .39, R^2 .15, R^2 adjust. .13; Arztrating2: psychosoziales-psychotherapeutisches Krankheitskonzept (KKB1, zunehmender Wert eher negativ), "Nervosität" (BPI3), "Depressivität" (BPI4), Zahl der bisherigen Operationen

(zunehmender Wert eher negativ) R .47, R^2 . 22, R^2 adjust. .20; Betreuerin-Rating: Zahl der Krankenhausaufenthalte, Dauer der Krankmeldungen, R .26, R^2 .06, R^2 adjust. .05.

Die Befunde zum Arztrating 1 erscheinen plausibel: Aktiviertheit, Nervosität und Müdigkeit sind Bereiche, die bereits in der anfänglichen Arzt-Patient-Interaktion (im Rahmen der medizinischen Anfangsuntersuchung, der Morgenübung u.ä.) von den Patienten mit einiger Wahrscheinlichkeit präsentiert und von den Ärzten vermehrt gewichtet werden. Erstaunlich erscheint, daß das Körpergewicht bzw. Relativgewicht dabei eine nur geringe Bedeutung einnimmt, obwohl in den Items zum Arztrating 1 u.a. ja auch nach dem Gesundheitsverhalten gefragt ist. Als plausibel erscheint es wiederum, daß vom Kurende aus gesehen geschlechts- und diagnosespezifische Unterschiede ein deutlicheres Gewicht erhalten, ebenso der hypochondrierelevante Bereich der Krankheitszeichenbeachtung, in dem sich manche Patienten im Laufe ihrer weiteren Arztkonsultationen besonders deutlich darstellen und somit das erfolgsbezogene ärztliche Urteil mitbeeinflussen dürften. Daß bezüglich des Arztratings 2 - wenn von den psychologischen Variablen vom Kurende ausgegangen wird - "Nervosität" und "Depressivität" bedeutende Gewichte erhalten, während eine eher psychologisch orientierte "Verarbeitung" der Beschwerden durch den Patienten (etwa in KKB1) eine eher umgekehrte, also weniger "psychosomatisch" erscheinende Rolle spielt, entspricht vielen symptomatologischen Beschreibungen zu den psychovegetativen Syndromen (vgl. z.B. DELIUS 1975a; als klinische Beobachtung auch bei KIJANSKI 1973). Dagegen sind die vom Kuranfang her identifizierten Prädiktoren, was das Arztrating 2 betrifft, schwerer zu interpretieren. Daß hierbei der Aggressivitätsvariable des FPI ein besonderes Gewicht zukommt, kann vielleicht mit der in diesem Rating u.a. erfassten, zumindest partiell "aggressiv wirkenden"Klagsamkeit in Zusammenhang gebracht werden. Auffallend erscheint, daß die Variable der "Nervosität" (BPI3) bereits zum Kuranfang in Beziehung zu den ärztlichen Einschätzungen, insbesondere zu denjenigen bezüglich Kurerfolg und Prognose,

steht. Im Hinblick auf die subjektiven Kurbeurteilungen der Patienten (BdK) ergibt sich eine erhöhte Gewichtung der BPI3-Variable ja erst von den Kurendeausprägungen her.

Unabhängig davon ist noch hervorzuheben, daß die im Hinblick auf die ärztlich einzuschätzende psychosomatische Symptomatik (Arztr.2) u.a. vom T2 aus als signifikante Prädiktoren identifizierte "Nervosität" und Hauptdiagnosenzuordnung einen indirekten Hinweis auf die kriterienbezogene Validität des BPI i.S. einer Übereinstimmung zwischen klinischem Urteil und testpsychologischer Quantifizierung gibt. Daß für das Arztr. 2 auch "Depressivität" (BPI4) eine Prädiktorfunktion erhielt, ist angesichts der vielfach körperbezogenen Symptomatik depressiver Verstimmungen und Zustände nicht erstaunlich. Und daß die KKB1-Variable ein negatives Gewicht erreicht, ist konsistent mit den klinischen Beobachtungen über die betont "somatische Orientierung" vieler "psychovegetativer" Kurpatienten (vgl. KIJANSKI 1973).

Was die Stellung der Interviewfaktoren angeht, so erscheinen diese, wenn nur die psychologischen Fragebogenvariablen faktorenanalysiert werden (Nr. 2), als eher unabhängig, wie der eigens konstituierte gesamte Interview-Faktor nahelegt.

Die Stellung der Interviewvariablen verändert sich darüber hinaus unter Einbeziehung der weiteren, d.h. anamnestischen und medizinischen Kennwerte, die im Zuge von Analyse Nr. 5 erfolgt. Hier nun erreicht der erste Belastungsfaktor des Interviews eine positive Höchstladung auf dem genannten, u.a. die berufliche Unzufriedenheit und die Krankheitszeiten repräsentierenden Faktor 6 (r z.B. mit BFB3 .41, $p < .001$). Dies ist zugleich und erneut ein Hinweis auf die Validität der Interviewvariable.

3. Was die dimensionsanalytische bzw. zusammenhangsanalytische Anordnung der medizinischen Variablen betrifft, insbesondere insoweit eine Beziehung zwischen diesen einerseits und den psychologischen, auch anamnestisch-katamnestischen Variablen andererseits, sichtbar wird, so erscheinen folgende Resul-

tate von Bedeutung. Insgesamt bestehen zwischen diesen beiden Variablenbereichen eher niedrige bis mittlere Beziehungen und die entsprechenden psychophysiologischen bzw. somatopsychischen Dimensionen binden nur einen relativ geringen Anteil der gemeinsamen Varianz. Nichtsdestoweniger finden sich hierbei Beziehungen, die von einem komplementär-ganzheitlichen Standpunkt betrachtet (vgl. DELIUS und FAHRENBERG 1966) plausibel, zum Teil auch überraschend erscheinen.

Z.B. wird in der Faktorenanalyse Nr. 5 im Faktor 3 eine Verbindung von Relativgewicht, sexueller Konflikthaftigkeit und Introvertiertheit sichtbar. Hiernach scheint mit einem zunehmenden Körpergewicht eine sexuell verunsicherte und eine mehr in sich gekehrte Haltung einherzugehen. Die weiteren dimensionsanalytischen Ergebnisse in bezug auf die medizinischen Kennwerte sind unter der Einschränkung ihrer geringfügigen Varianz zu sehen. Abgesehen davon ist immerhin auffallend, daß auf dem 4. Faktor der Krankheitskonzepte und Behandlungsvorstellungen sowie kurbezogenen Einstellungen und Erwartungen auch die γ -GT-Werte Höchstladungen zeigen. Zu beachten ist auch, daß Rauchen, das zum Kuranfang erhoben wurde, mit Triglyceriden und einem eher unlustbetonten Stimmungs- und Befindensgeschehen (Faktor 9) einhergeht und daß die Cholesterinwerte mit den Schlafstunden und der subjektiven "Trägheit" eine psychophysiologische Dimension bilden.

Wenn jedoch in der Faktorenanalyse (Nr. 6) zu den katamnestischen Werten das Rauchen mit eher günstigen Stimmungswerten einhergeht, dann kann dies damit zusammenhängen, daß hier der ein halbes Jahr vorher anamnestisch ermittelte Raucherstatus zugrundegelegt wurde, ohne die veränderten Rauchergewohnheiten, vor allem die anhaltenden Entwöhnungen, die möglicherweise mit jener veränderten, eher positiven Stimmung zusammenhängen, zu kontrollieren. Immerhin findet sich eine Korrelation von r .22 zwischen eher aufgenommenem bzw. wiederaufgenommenem Rauchen (wenn zum Zeitpunkt der Kur nicht geraucht wurde) und "Trägheit", je-

weils zur Katamnese; mit ungekehrten Vorzeichen ergibt sich dasselbe bezüglich des - eher aufgegebenen - Rauchens zum Katamnesezeitpunkt (wenn zur Zeit der Kur noch geraucht wurde) und einem eher erhöhten Wohlbefinden (SES1, 3, 7, T3; zwischen .20 und .30, da das N auf 38 "Wiederaufnehmende" bzw. "Aufhörende" beschränkt ist, sind die meisten dieser r aber insignifikant, vgl. Tab. 31).

Betrachten wir nun aber umfassender den Zusammenhang zwischen psychologischen und medizinischen Kennwerten, dann tritt uns nicht nur das Phänomen von gleichsinnigen Verflechtungen zwischen in psychosozialer Hinsicht zunehmenden belastungsrelevanten Variablen, etwa aus FPI, BPI und BFB, einerseits und medizinischen bzw. medizinisch relevanten Kennwerten andererseits, etwa den risikorelevanten Laborwerten oder auch den krankheitsbedingten Fehlzeiten, durchaus nicht so eindeutig entgegen. Es ergibt sich dann auch der Fall gegenseitiger Unabhängigkeit oder gegensinniger Abhängigkeit. Zunehmende Neurotizismuswerte, vermehrte berufsbezogene subjektive Belastung und Unzufriedenheit, wachsende Ausprägungen in den belastungsrelevanten BPI-Variablen u.a. gehen eher mit abnehmenden Ausprägungen in solchen objektiv gesundheitsrelevanten Kennwerten wie Cholesterinen, Triglyceriden und Harnsäuren einher, wenn alle Patienten einbezogen werden. Andererseits läßt sich der Fall gleichsinniger, wenngleich nur schwacher Beziehungen zwischen psychosozialen subjektiven Belastungsvariablen und krankheitsbedingten Fehlzeiten beobachten, z.B. liegen die r-Werte zwischen BFB3 aus T1 und T2 sowie den anamnestisch ermittelten Krankmeldungshäufigkeiten bei .19 und .25; analoges gilt für die zu T3 ermittelten Werte, p jeweils $<$.05 (vgl. Tab. 31), während die Laborwerte weniger mit Erkrankungen korrelieren. Erneut ein Zeichen für die auch psychosoziale Determination des Krankmeldungs- bzw. Erkrankungsphänomens. Ein Blick auf die Korrelationstabellen macht dies deutlich, wie er aber auch sichtbar macht, daß es bei bestimmten Personengruppen auch den Fall von tatsächlich gleichsinnigen Ausprägungen zwischen einigen psychologisch und medizinisch

belastungsrelevanten Werten gibt, wie es sich schon oben im Zusammenhang mit Rauchen ergab. Beobachten läßt sich dies bei den Personen, die aufgrund ihrer erhöhten Laborwerte sich einer weiteren Labor-Nachprüfung unterziehen mußten. Hierbei korrelieren tatsächlich z.B. FPIN aus T1 mit Triglyceriden r .45; oder BPI2 und BPI4 aus T2 zu r .46 und r .43 mit Triglyceriden (N jeweils = 30; p jeweils $<$ .05). Gleichbleibender scheint es sich mit den hypochondrierelevanten psychologischen Variablen (HG) in ihrer Beziehung zu medizinischen Variablen zu verhalten: Hier finden sich zwar nur wenige und überdies schwache Verbindungen in dem Sinne, daß bei zunehmenden HG-Werten auch etwas vermehrte medizinische Variablenausprägungen, gleichwohl aber auch deutlichere Bemühungen um Gesundheitsverhalten (z.B. r zwischen HG3 - Beacht.v. Krankh.anz. -, T3, und Beibehaltung der katamnestisch ermittelten, während der Kur empfohlenen Ernährungsweise. So ist u.a. anzunehmen, daß sowohl psychologisch auffällige und medizinisch weniger auffällige, als auch psychologisch und medizinisch auffällige Patientengruppen zur Kur sind, eine Annahme, die einer späteren klassifikationsanalytischen Überprüfung wert sein dürfte (vgl. MYRTEK 1975).

4. Es soll noch darauf hingewiesen werden, daß die in den oben dargestellten interindividuellen Unterschiedsanalysen deutlich gewordenen Meßwertdifferenzen in Abhängigkeit etwa von Geschlecht, Alter, Hauptdiagnose, beruflichem Status und zusätzlicher psychologischer Behandlung vielfach auch in den Faktorenanalysen wieder sichtbar werden. So findet sich in der Faktorenanalyse Nr. 5 etwa der Einfluß des Geschlechts im 1. Faktor einer eher zuversichtlich-unbesorgten Haltung im Zusammenhang mit einer unterstützenden schulischen und beruflichen Sozialisation, der des Alters im 3. Faktor (Introvertiertheit, sexuelle Konflikthaftigkeit, Relativgewicht), Außerdem wiederum der des Geschlechts in dem 8. Faktor, der sich auf Ernährungsgewohnheiten bezieht, sowie im 10. Faktor, in dem eine psychovegetative Symptomatik zum Ausdruck kommt. Schließlich wird im 11. Faktor,

der besonders durch die berufsbezogene Unzufriedenheit geprägt wird, der Zusammenhang mit Diagnose und der zusätzlichen psychologischen Behandlung deutlich.

In der Faktorenanalyse Nr. 6 zeigt sich der 4. Faktor der konstanten Berufs- und Arbeitsplatzbedingungen als teilweise geschlechts- und altersabhängig; auch in den Dimensionen (6 und 8) des (eher mangelhaften) gesundheitsadäquaten Verhaltens werden geschlechtsspezifische Ausprägungen sichtbar, während sich im Faktor 9 der familienbezogenen Lebensereignisse altersbezogene Unterschiede niederschlagen. In der eben genannten Faktorenanalyse Nr. 6 tritt die Eindeutigkeit der Ladung der zusätzlichen psychologischen Behandlung zurück. In der Zugrundelegung der Kennwerte allein aus dem Katamnestischen Fragebogen (vgl. 13) hingegen erwies sich die zusätzliche psychologische Behandlung als vermehrt mit gesundheitsfördernden Verhaltensweisen verbunden. Unter dem Einfluß auch der psychologischen Variablen erweist sich die Lokalisierung jenes Behandlungsfaktors als unspezifischer.

20.4 Zusammenfassung

Die vorliegende Fragestellung zielt darauf ab, die pro Untersuchungstermin erhobenen Daten auf ihre übergreifende Struktur bzw. Dimensionalität hin zu erkunden. Von Interesse ist zunächst die Struktur aus den Variablen der psychologischen Fragebogen, sodann diejenige aus diesen und den Variablen aus den neu- bzw. weiterentwickelten Methodenbereichen "Einstellung zur Kur" (EzK), "Beurteilung der Kur" (BdK) und "Psychologisches Interview", weiterhin die Struktur wiederum aus diesen Variablenbereichen in Verbindung mit den medizinischen und anamnestischen bzw. katamnestischen Kennwerten. Nicht zuletzt interessiert auch die Dimensionalität unter gemeinsamer Zugrundelegung der psychologischen Daten von Kurpatientenstichprobe und (unbehandelter) Vergleichsgruppe. Zu diesem Zweck wurden sechs faktorenanalytische Auswertungsgänge durchgeführt, wobei

im Zuge einer jeweils querschnittorientierten Datenverarbeitung Kennwerte pro einzelnem Untersuchungszeitpunkt einbezogen wurden. Die Ergebnisse aus den Faktorenanalysen werden dargestellt. In einer anschließenden Diskussion werden die Ergebnisse unter den Gesichtspunkten der mehr oder weniger stabil auffindbaren Dimensionen, der "Verankerung" von Variablen der kurbezogenen Einstellungen und Bewertungen (EzK und BdK, katamnestische Kurbeurteilung, Einschätzung der Kurpatienten durch Gruppenarzt und Gruppenbetreuerin, Psychologisches Interview) mit den anderen Variablenbereichen, außerdem der dimensionsanalytischen Lokalisierung von medizinischen Kennwerten sowie verschiedenen Gruppeneinteilungsmerkmalen (wie sie teilweise den oben dargestellten interindividuellen Unterschiedsanalysen zugrundegelegt wurden) diskutiert. Zu diesen Aspekten werden auch einzelne interessierende korrelations- und regressionsanalytisch gewonnene Befunde herangezogen. Außerdem werden die Ergebnisse mit verwandten Darstellungen in der Literatur in Beziehung gesetzt. Es finden sich einige Dimensionen in einer überwiegend stabilen Weise. Außerdem stellen sich einige plausible Zusammenhänge zwischen kurbezogenen Einstellungen und Beurteilungen sowie psychologischen Variablen heraus. Die kurerfolgsbezogene Beurteilung durch die Patienten weist eine zumindest partielle Übereinstimmung mit den kurerfolgsrelevanten Einschätzungen durch die Gruppenärzte und Gruppenbetreuerinnen im Hinblick auf die einzelnen Patienten auf. Zwischen psychologischen, auch anamnestisch-katamnestischen Variablen einerseits und medizinischen Variablen andererseits ergeben sich in dimensions- und zusammenhangsanalytischer Hinsicht geringe bis mittlere Abhängigkeiten. Dabei treten verschiedene Fälle hervor: es ist der Fall plausibler Verbindungen zwischen zunehmenden Ausprägungen von psychologisch und psychosozial belastungsrelevanten Werten und zunehmenden risikorelevanten medizinischen Kennwerten (bzw. Lebensgewohnheiten), der v.a. bei medizinisch auffälligen Gruppen (z.B. hinsichtlich Rauchgewohnheiten, Triglyceriden, Cholesterinen) vorkommt.

Daneben gibt es, wenn die gesamte Stichprobe einbezogen wird, den Fall der in schwachem Ausmaß eher gegensinnigen Verbindung zwischen zunehmenden psychologisch und psychosozial belastungsrelevanten Variablen und abnehmenden medizinischen risikorelevanten Kennwerten. Die Krankmeldungen erweisen sich nicht nur von medizinischen Kennwerten sondern besonders auch von psychologischen Kennwerten, z.B. zur berufsbezogenen Unzufriedenheit, abhängig. Wiederum eher gleichsinnige Verbindungen finden sich zwischen hypochondrierelevanten Kennwerten und medizinisch relevanten Lebensgewohnheiten (weniger medizinischen Laborwerten).

21 Ergebnisse zu Frage 9: Welche Zusammenhänge finden sich zwischen Art und Häufigkeit der "life events" und den psychosozialen Belastungen?

21.1 Vorbemerkungen

Zur Beantwortung dieser Frage gehen wir zunächst von den im Rahmen der faktorenanalytischen Auswertungen sichtbar gewordenen Lokalisierungen der beiden in der Fragestellung angesprochenen Variablenbereiche, nämlich der Lebensereignisse bzw. "life events" und der mit dem"Fragebogen zur Erfassung subjektiver psychosozialer Belastungen im Zusammenhang mit Ehe, Familie und Beruf" BFB definierten Variablen aus. Sodann stellen wir statistisch bedeutsame Korrelationen zwischen den einzelnen Kennwerten dar (Tab. 31). Dazu werden die life events in zweifacher Weise einbezogen: einmal als Meßwerte der "Ärger"- und "Belastung"-Einstufung unter Einschluß der Nullwerte (=nicht vorgekommene Ereignisse) für die einzelnen Lebensbereiche (familiär, beruflich, gesundheitlich, wirtschaftlich, sonstig), zum anderen als über diese Bereiche hinweg in dichotomer Form gebildete Meßwerte mit der Unterscheidung nach vorgekommenen bzw. nicht vorgekommenen Ereignissen(=Leben). In dieser Weise werden jeweils die im Rahmen des Psychologischen Interviews (unter Bezugnahme auf die beiden Kurvorjahre) ermittelten life-event-Daten mit den BFB-Variablen der ersten beiden Termine und die im Rahmen des Katamnestischen Erhebungsbogens (unter Bezugnahme auf das Kurnachhalbjahr) ermittelten life-event-Daten (in der Katamnese - wegen zu geringer Besetzungshäufigkeiten der übrigen Bereiche - in bereichsspezifischer Hinsicht nur für den familiären und beruflichen Bereich) mit den BFB-Variablen des 3. Termins in Beziehung gesetzt.+ Die Inbeziehungsetzung von Lebensereignissen und BFB-Variablen wird auch im Rahmen varianzanalytischer Auswertungspläne vorgenommen: mit den Faktoren "Leben", "Geschlecht", "Altersgruppe", "Kinderzahl" und "zusätzliche psychologische Behandlung" hinsichtlich der BFB-Variablen aus T1 und T2 mit den gleichen Faktoren, nur anstelle der "Leben"-

+ Bildung der dichotomisierten Variable "Life" analog zu "Leben"

der "Life"-Variable hinsichtlich der BFB-Variablen aus T3 (vgl. Tab. 41). Anschließend an die Ergebnisdarstellung werden die Befunde diskutiert und zusammengefaßt.

21.2 Darstellung der Beziehungen zwischen der Art der life events und der damit verbundenen subjektiven Bewertung sowie den BFB-Variablen

Sowohl die Faktorenanalyse unter Einschluß der psychologischen Fragebogenvariablen (einschließlich Interviewfaktoren und EzK-Variablen) als auch diejenige zum gesamten Datenmaterial aus T1 machen deutlich, daß die vier BFB-Variablen und die drei Interviewvariablen nur teilweise voneinander abhängig erscheinen. Ein Zusammenhang deutet sich in dem Faktor 11 der Faktorenanalyse 5 (unter Einschluß der gesamten T1-Daten) an, auf dem der Interviewbelastungsfaktor (in den u.a. auch die life-event-Daten eingehen) und die BFB3-Variable der berufsbezogenen Unzufriedenheit Höchstladungen zeigen.

Unter Berücksichtigung dieser umfassenderen Datenstrukturen sind sodann die folgenden Einzelzusammenhänge wenig überraschend (vgl. Tab. 31).

Es ist vor allem die Variable BFB3 ("Unzufriedenheit mit der Art der Arbeit, mit Kollegen und Bezahlung"), die, außer mit dem Bereich der "sonstigen" life events (wo allerdings nur geringe Besetzungen vorliegen; vgl. Tab. 1), mit allen anderen Bereichen statistisch bedeutsam, mit r-Werten um .20 allerdings numerisch relativ niedrig , korreliert)p zwischen $<$.05 und $<$.01). Dieser Zusammenhang gilt allerdings nur für BFB3 zum Kuranfang, nicht mehr zum Kurende. Zum Kurende fällt auf, daß BFB4, die kinderbezogene Belastungsvariable, mit den life-event-Variablen des familiären Bereichs signifikant korreliert, was sich zum Kuranfang noch nicht ergeben hatte. Keine bedeutsamen Beziehungen finden sich zwischen der dichotomen Variable "Leben" und den BFB-Werten der ersten beiden Termine. Sie finden sich jedoch für die unter Bezugnahme auf das Kur-

nachhalbjahr dichotomisierte Lebensereignisvariable "Life" einerseits sowie BFB3 und BFB1 (Bel.i.Z.m.Ehe) aus T3 andererseits (r .22 und .26, $p < .01$). Im übrigen ist es auch in diesem katamnestischen Bezugsrahmen wieder hauptsächlich BFB3, die mit den familien- und berufsbezogenen life-event-Daten des Katamnesebogens (um .20) korreliert; im Hinblick auf die familiären Ereignisse gilt dies noch für die kinderbezogene Belastungsvariable BFB4.

Im Rahmen der mehrfaktoriellen varianzanalytischen Auswertung lassen sich ähnliche Ergebnisse feststellen. Die Variable "Leben" begründet keinen signifikanten Haupteffekt, während die (auf das Kurnachhalbjahr bezogene) Variable "Life" zu Haupteffekten in der ehebezobenen Belastung (BFB1, $p < .01$, bei Geschlecht-Altersgruppe-Life-Wechselwirkung, $p < .05$) sowie in der bekannten berufsbezogenen Unzufriedenheit (BFB3, $p < .05$, bei Wechselwirkung zwischen Geschlecht, Kinderzahl und Life, $p < .05$) führt. In der kinderbezogenen Belastung schließlich findet sich lediglich eine Interaktion der Life-Variable mit Geschlecht und Kinderzahl ($p < .05$).

21.3 Diskussion

Die Ergebnisse machen insgesamt nur relativ niedrige Zusammenhänge zwischen global-dichotomisierten und lebensbereichsspezifisch-metrischen Ausprägungen der Lebensereignisse einerseits und den psychosozialen, "alltäglichen" und ohne expliziten Bezug auf solche Ereignisse geäußerten Belastungen andererseits deutlich. Insoweit scheint sich anzudeuten, daß "alltägliche" psychosoziale Belastungen und solche, die mit einschneidenden Veränderungen einhergehen, zwar teilweise einander überlappende, zum erheblichen Teil aber auch "eigene" Bereiche darstellen (vgl. z.B. SARASON 1975). Für den "überlappenden"Teil spielen die berufsbezogenen Belastungen, vor allem die Unzufriedenheit, eine besonders bedeutsame Rolle. Möglicherweise sind die untersuchten LVA-Kurpatienten gegenüber einer

Vergleichsgruppe nicht nur durch die größere subjektive Unzufriedenheit mit Arbeit, Kollegen und Bezahlung charakterisiert, sondern auch durch den Zusammenhang zwischen dieser Variable einerseits und Lebensereignissen in verschiedenen Bereichen und der damit verbundenen Ärger- und Belastungswirkung andererseits. In diese Richtung weist auch der im Rahmen der faktorenanalytischen Auswertung der gesamten T1-Daten erhaltene Faktor 11 mit jeweiliger Höchstladung des globalen Interviewbelastungsfaktors und eben jener berufsbezogenen Unzufriedenheit. Ähnliche Hinweise ergeben sich auch aus den varianzanalytischen Ergebnissen, die - auch bei Konstanthaltung jeweils anderer Faktoren, wie Geschlecht usw. - Haupteffekte von "Life" in BFB3 (gleichwohl auch in BFB1 (Bel.i.Z.m.Ehe)) sichtbar gemacht haben.

Daß die globale dichotomisierte "Leben"-Variable nicht signifikant mit den BFB-Merkmalen aus T1 und T2, jedoch die analoge "Life"-Variable mit BFB1 und BFB3 aus T3 korreliert, kann mit zweierlei Gründen zusammenhängen: Erstens ist die zeitliche und vielleicht auch erlebnismäßige Spanne zwischen den in den beiden Kurvorjahren auftretenden Lebensereignissen und den zur Kur erhobenen BFB-Variablen weiter als die zwischen den im Kurnachhalbjahr auftretenden Veränderungen und den katamnestisch erhobenen BFB-Variablen. Zweitens bestehen vermutlich Unterschiede im Aufforderungscharakter der zugrundeliegenden Testsituation: Im Hinblick auf die Kurvorzeit wurden die life-event-Daten im Rahmen des Interviews und unter Anbietung bestimmter Kategorien, wie z.B. familiärer, beruflicher Bereich, ermittelt, was - zumal zu Beginn der Kur - die eher bereitwillige und extensive Mitteilung von mehr oder weniger belastenden Ereignissen nahelegen dürfte. Bezüglich des Kurnachhalbjahres wurden die life events unspezifisch und anhand des anonymen Katamnestischen Erhebungsbogens ermittelt. In dieser Situation dürften die Befragten eher zur Nennung von "tatsächlich" mehr belastenden und unmittelbarer nachwirkenden Lebensereignissen veranlasst worden sein.

21.4 Zusammenfassung

Werden die jeweils im Bereich der beiden Kurvorjahre und im Bereich des Kurnachhalbjahres auftretenden (und mitgeteilten) Lebensereignisse, und zwar in global-dichotomisierter Form sowie in lebensbereichsspezifischer und metrischer Form, mit den anhand des Fragebogens BFB erhobenen psychosozialen Belastungen korreliert, dann ergeben sich folgende statistisch bedeutsame Zusammenhänge: Alle lebensbereichsspezifischen life-events-Variablen (mit Ausnahme derer für die "sonstigen" Bereiche) korrelieren zum Kuranfang signifikant mit der "Unzufriedenheit mit Art der Arbeit, Kollegen und Bezahlung" (BFB3). Keine bedeutsamen Beziehungen ergeben sich zwischen der dichotomisierten Variable "Leben", die sich auf life events in den beiden Kurvorjahren bezieht, und den BFB-Werten. Dementsprechende bedeutsame Beziehungen finden sich aber zwischen der dichotomisierten Variable "Life", die sich auf Lebensereignisse im Kurnachhalbjahr bezieht, und Variablen des katamnestisch (ein halbes Jahr nach der Kur) erhobenen BFB, und zwar mit der BFB3- sowie der auf die Ehe bezogenen Belastungsvariable BFB1. Innerhalb der varianzanalytischen Auswertung mit den Faktoren "Leben", "Geschlecht", "Altersgr., "Kinderzahl" "zusätzliche psychologische Behandlung" für die BFB-Variablen aus T1 und T2 sowie den, bis auf den anstelle von "Leben" eingesetzten "Life"-Faktor, gleichen Faktoren für die BFB-Werte aus T3 ergeben sich bedeutsame Haupteffekte von "Life" für arbeitsbezogene Unzufriedenheit (BFB3) und ehebezogene Belastung (BFB1). Die Ergebnisse werden hinsichtlich der Bedeutung der berufsbezogenen Unzufriedenheit und Belastung sowie bezüglich des Zusammenhangs zwischen alltäglichen psychosozialen Belastungen und life-event-bezogenen Belastungen, auch der erhebungsspezifischen Bedingungen dieses Zusammenhangs, diskutiert.

22 Ergebnisse zu Frage 10: In welcher Richtung und in welchem Ausmaß lassen sich in den verschiedenen Variablenbereichen der LVA-Kurpatienten zum Kurende und bei einer ein halbes Jahr später stattfindenden katamnestischen Untersuchung Veränderungen feststellen? Welche Veränderungen, die als Behandlungseffekte bezeichnet werden können, erweisen sich dabei als stabil?

22.1 Vorbemerkungen

Diese Fragestellung zielt darauf ab, intraindividuelle Veränderungen in verschiedenen Variablenbereichen einmal zwischen dem Kuranfang (T1) und Kurende (T2) und zum anderen zwischen dem Kuranfang und der katamnestischen Untersuchung (T3) zu überprüfen. Statistische Prüfverfahren zur Analyse dieser Unterschiede können auf Variablen, die zu den drei genannten Erhebungsterminen in identischer oder inhaltlicher äquivalenter Form vorliegen, angewendet werden. Dabei ist mit einer identischen Form gemeint, daß Itemformulierungen, Beantwortungsskalierung und zeitlicher Bezug sowie Verrechnung gleich sind, während mit einer inhaltlich äquivalenten Form gemeint ist, daß eine Gleichheit nur mit Einschränkungen gegeben ist. Diese bestehen vor allem in einem unterschiedlichen zeitlichen Bezugsrahmen, in den die Befragten ihre - durchschnittlichen - Angaben, z.B. den täglichen Zigarettenkonsum, einordnen sollen. In identischer Form sind die Variablen, die mit Hilfe der psychologischen Fragebogen KKB, HG, FPI, BPI, FBL, SES und BFB erfasst sind, sowie etliche medizinische Variablen, und zwar aus mindestens zwei, höchstens drei Untersuchungszeitpunkten zur Auswertung verfügbar. In inhaltlich äquivalenter Form sind etliche Variablen anhand des Anamnestischen Erhebungsbogens und des Katamnestischen Erhebungsbogens (T1 zu T3) erhoben worden. D.h., daß im Falle dieser in Wiederholungsform ermittelten Variablen zwar identische Fragen- bzw. Itemformulierungen, jedoch unterschiedliche zeitliche Bezugnahmen vorgegeben wurden. So beziehen sich die erfragten Angaben etwa zu Medikamentenkonsum und Alkoholkonsum im Falle des Anamnestischen Erhebungsbogens auf

die beiden Kurvorjahre, im Falle des Katamnestischen Erhebungsbogens aber lediglich auf das Kurnachhalbjahr. Zusätzlich gibt es noch die Unterscheidung in der beim Befragten evozierten Bezugnahme entweder auf summierte oder auf durchschnittliche Ausprägungen. Ersteres ist nur der Fall bei (anamnestisch wie katamnestisch ermittelten) Angaben zur Häufigkeit und Dauer von Krankmeldungen, zur Arbeitslosigkeit, auch zur Häufigkeit von Klinikaufenthalten. Die zweitgenannte mittlere Ausprägung interessiert bei einer größeren Anzahl von Variablen, so beim Alkohol-, Medikamenten- und Zigarettenkonsum (der Konsum an anderen Rauchwaren wird wegen zu geringer Besetzungshäufigkeiten nicht statistisch verglichen), außerdem bei der Anzahl der täglich zur Erholung genutzten Stunden. Während im erstgenannten Fall ein direkter intraindividueller Vergleich nicht möglich ist (außer um allgemeine Anhaltspunkte zu haben; daher entspr. Berücksichtigung in Tabellen), erscheint er im zweitgenannten Fall eher vertretbar.

Im Hinblick auf die in metrischer Abstufung vorhandenen Variablen, die die weit überwiegende Mehrheit der intraindividuell vergleichbaren psychologischen, medizinischen und anamnestisch-katamnestischen Variablen darstellen, wird mit Hilfe des t-Tests für abhängige Stichproben (Programm T-TEST) entschieden, ob die Differenzen zwischen den Ausprägungen zum Kuranfangs- und Kurende- bzw. Halbjahreskatamnese-Termin signifikant von 0 verschieden sind (vgl. Tab. 42-44; wobei, um Änderungen in verschiedene Richtungen zu erfassen, eine zweiseitige Fragestellung zugrundegelegt wird). Was die lediglich qualitativ bzw. dichotom gestuften und in Wiederholungsform vorliegenden Variablen betrifft, was bekanntlich auf wenige Kennwerte aus dem Anamnese- und Katamnesebogen (T1 und T3) in inhaltlich äquivalenter Form zutrifft (Arbeitslosigkeit, überwiegende Freizeitgestaltung, Nebentätigkeiten, Beurteilung der Lebensführung), so erscheinen hier folgende Prüfungen der intraindividuellen Veränderungen angemessen: einmal scheinen uns visuelle Vergleiche (z.B. daraufhin, wieviele Patienten zum T3 im Vergleich zum T1 ihre Lebensführung als

gesund bezeichnen) angebracht, zum anderen sind auch statistische Vergleiche (Chi-Quadrat-Test; Programm CROSSTABS) angemessen, um über interindividuelle Überprüfungen intraindividuelle Veränderungen zu überprüfen, d.h. z.B. zu entscheiden, inwieweit der zu T1 ermittelte Raucher- bzw. Nichtraucherstatus einen Unterschied im Hinblick darauf ausmacht, daß die Befragten in der Halbjahreskatamnese (T3) angeben, das Rauchen (wieder) aufgenommen bzw. beendet zu haben. Alle T1-T3-Vergleiche einzelner anamnestischer-katamnestischer-Kennwerte bleiben zwangsläufig nur auf die Gruppe der Katamnese (=T3)-Teilnehmer beschränkt (vgl. Tab. 3 , 24).

Die nun verdeutlichten intraindividuell ausgerichteten Unterschiedsprüfungen werden in bezug auf die gesamte Gruppe (GG) sowie die Männer und Frauen der LVA-Kurpatienten (MG, FG) unternommen und werden für diese drei Gruppen hier, zunächst für die psychologischen, sodann für die medizinischen und anamnestisch-katamnestischen Variablen, berichtet. Damit zusammenhängend werden auch Hinweise auf Stabilitätskoeffizienten r (Stab.-Koeff.)+ gegeben. Die Resultate werden abschließend diskutiert, mit den dazu formulierten Hypothesen verglichen und zusammengefasst. Eine weitere Analyse, nämlich zu der Frage, wie "gewichtig" einzelne Variablen (neben dem Geschlecht das Alter, die Berufsausbildung, die zusätzliche psychologische Behandlung u.a.) zu Richtung und Ausmaß der intraindividuellen Veränderungen beitragen, nehmen wir anhand multipler Regressionsrechnungen im Zusammenhang mit Frage 14 vor.

+ Siehe hierzu Tab. 30 und Tab. 42-44

22.2 Variablen psychologischer Fragebogen

22.2.1 Fragebogen zur Erfassung subjektiver Krankheitskonzepte und Behandlungsvorstellungen KKB

Offenbar werden gegen Ende der Kur die Krankheitskonzepte "Stress und Schonung","Körperleiden und Organmedizin" (KKB2 und KKB3) sowie "Belastende und unbefriedigende Arbeitssituation und Hilfe zu vermehrter Zufriedenheit (KKB4) von der gesamten Stichprobe der LVA-Kurpatienten zunehmend weniger präferiert (p für KKB2 und KKB3 .000, für KKB4 .020). Dieser Trend hält in der Halbjahreskatamnese für "Stress und Schonung" (p .000) an. Nahezu die gleichen Verhältnisse ergeben sich, wenn die Veränderungen in den Krankheitskonzepten getrennt für Männer und Frauen überprüft werden (p zwischen $\leqslant$ .01 und $\leqslant$ .05). Dagegen bleibt das Konzept "Seelische, psychosoziale Probleme und Psychotherapie" weitgehend unverändert, wenn seine Ausprägungen zum Kuranfang mit denen zum Kurende sowie zur katamnestischen Untersuchung verglichen werden. Während (für die GG) alle übrigen Stab.-Koeff. zwischen r .36 und .72 liegen, fallen sie für KKB3 auf r .30 (p $\leqslant$ .01) bezüglich T1-T2 und r .12 für T1-T3 ab.

22.2.2 Fragebogen Hypochondrie und Gesundheitsverhalten HG

Für die Gesamtgruppe ergeben sich zwischen Kuranfang und Kurende bzw. Katamnese insoweit Veränderungen, als das "Mißtrauen gegenüber dem eigenen Körper" (HG4) zum Kurende bedeutsam abnimmt (p .006), das zur Katamnese jedoch wieder sein Kuranfangsniveau erreicht. Bei Aufteilung nach Geschlechtsgruppen findet sich diese Differenz in signifikantem Ausmaß nur noch für die Frauen, und zwar neben einer zunehmenden "Beachtung von Krankheitsanzeichen" (HG3) bei den Männern, jeweils zum Kurende (p FG .010 und MG .003), wobei weder diese geschlechtsspezifischen Unterschiede noch andere Differenzen zur Katamnese aufzufinden sind.

Die Stab.-Koeff.-Werte sind in allen Variablen für alle drei Kollektive und in bezug auf den T1-T2- sowie T2-T3-Vergleich recht hoch (r um .50 bis .60)

22.2.3 Freiburger Persönlichkeits-Inventar FPI

Recht eindeutig stellen sich für die gesamte Stichprobe der LVA-Kurpatienten zum Kurende im Vergleich zum Kuranfang erhöhte Extraversions- und verminderte Neurotizismuswerte heraus (p .002 und .001). Diese Veränderungen erweisen sich zur katamnestischen Untersuchung nicht mehr als signifikant, stattdessen findet sich hier eine verringerte Ausprägung auf der Aggressivitätsskala (p .055). etwa die gleichen Veränderungen zu T2 und T3 lassen sich für die Männergruppe beobachten (die entsprechenden p-Werte liegen bei .000, .002 und .041), während für die - gesamte - Frauengruppe zu diesen beiden Erhebungsterminen im Vergleich zu T1 keine statistisch bedeutsamen Veränderungen in den FPI-Skalen auftreten. Die Stabilitätskoeffizienten sind bezüglich T1-T2 und T1-T3 (für alle drei Gruppen) für dieses, wie auch das folgende Persönlichkeits-Inventar (BPI) mit Werten um .60 - .70 sehr hoch.

22.2.4 Buchinger Persönlichkeits-Inventar BPI

Wie rasch zu übersehen ist, erreichen die Werte der gesamten LVA-Kurpatientenstichprobe in den ersten fünf BPI-Skalen zum Kurende positiv interpretierbare Veränderungen (p jeweils $<$ .001). D.h., die Patienten beschreiben sich als hochsignifikant weniger gehemmt, erregbar, psychovegetativ bzw. psychosomatisch gestört, bedrückt und sexuell konflikthaft (BPI1,2,3,4,5). Allerdings erscheint ihre Selbstschilderung auch vermehrt unoffen (BPI6, p .001). Ahnliche, jedoch etwas positivere Veränderungen für die Männer, lassen sich feststellen, wenn die Unterschiede zwischen T1 und T2 für die beiden Geschlechter getrennt untersucht werden. Die p-Werte liegen in den sechs BPI-

Skalen für Männer und Frauen (in dieser Reihenfolge für BPI1 bis BPI6 genannt) zu 1 bei .003 und .004, zu 2 bei .000 und .061, zu 3 bei .006 und .008, zu 4 bei .019 und .008, zu 5 bei .010 und .000, zu 6 bei .001 und .156. Dies bedeutet aber, daß bei den Frauen keine bedeutsamen Änderungen, bei den Männer aber Zunahmen hinsichtlich der "Lügentendenz" stattfinden.

22.2.5 Freiburger Beschwerdenliste FBL

Die Verminderungen der mit Hilfe der FBL-Skala Allgemeinbefinden erfaßten subjektiven Beschwerden zum Kurende, und zwar für Gesamt- und Geschlechtsgruppen, sind ebenso eindeutig wie sie sich auch noch in der Halbjahreskatamnese als weitgehend stabil für alle drei Gruppen herausstellen (p jeweils .000). Die Stabilitätskoeffizienten sind für GG (r T1-T2 .49, T1-T3 .51), FG (r T1-T2 .58, T1-T3 .39) und MG (r T1-T2 .37, T1-T3 .45, p zwischen $\leqslant$ .01 und $\leqslant$ .001) im knapp mittleren Bereich.

22.2.6 Adjektiv-Skalen zur Einschätzung der Stimmung SES

Aus dem Vergleich der SES-Ausprägungen zum Kuranfang und Kurende im Hinblick auf die gesamte Kurpatientenstichprobe ergibt sich, daß die Befragten in bedeutsam höherem Ausmaß eine "Gehobene Stimmung" (SES1) angeben und außerdem ihr Befinden als vehrmehrt aktiviert (SES3) und vermindert müde (SES6) bewerten (p .000, .002, .000). Von diesen - gesamtgruppenbezogenen - Veränderungen hält diejenige auf der Skala "Aktiviertheit" auch noch nach einem halben Jahr im Rahmen der katamnestischen Untersuchung an (p .031), wobei das Stimmungsgeschehen im Vergleich zu den Kuranfangswerten aber auch vermehrt gereizt (SES2) erscheint. Sehr ähnliche Verhältnisse lassen sich bei der gesonderten intraindividuellen Unterschiedsanalyse für die Männer beobachten (p jeweils .000). Auch die weiblichen Patienten geben zum Ende ihres Heilverfahrens eine vermehrt "Gehobe-

ne Stimmung" an (p .001) und fühlen sich mehr "aktiv" (p .001) und weniger "müde" (p. 005), zugleich auch weniger "träge" (SES5, p .055). Ähnlich wie die Männer beschreiben sie sich in der Halbjahreskatamnese als vermehrt "aktiv" (p .037) und ebenso "gereizt" (p .000) allerdings aber auch in größerem Ausmaß als "ausgeglichen" (SES7, p .048). Im Vergleich zu den bisher genannten Fragebogen ergeben sich für die SES niedrigere Stabilitätskoeffizienten, beim T1-T2-Vergleich noch etwas höher als beim T1-T3-Vergleich. Sie fallen in bezug auf die GG für T1-T3 im Falle von SES4 (Gedr.St.) und SES5 (Trägh.) sogar auf r .05 und r .07 ab.

Während diese Aussagen überwiegend auch für die MG gelten, zeigen sich für die FG beim T1-T3-Vergleich außer bei SES7 (r.39, p $\leqslant$ .01) durchweg niedrige und insignifikante Beziehungen.

22.2.7 Fragebogen zur Erfassung subjektiver psychosozialer Belastungen im Zusammenhang mit Ehe, Familie und Beruf BFB

Was die mit diesem Fragebogen erfaßten subjektiven psychosozialen Belastungen betrifft, so ergeben sich in ihnen sowohl für die Gesamt- als auch die Männer- und Frauengruppe der Kurpatienten kaum irgendwelche statistisch bedeutsame Veränderungen zu Kurende und Katamnese. Nur die Frauengruppe zeigt solche, und zwar in der Weise, daß die Patientinnen im Vergleich zur Kuranfangsuntersuchung gegen Ende der Kur ihre arbeitsbezogene Beanspruchung und Überforderung (BFB2) als noch größer ansehen (p .045) und sich zur katamnestischen Untersuchung im Zusammenhang mit ihrer Ehe als noch mehr belastet schildern (BFB1 p .029). Auch die BFB-Ausprägungen, vor allem in BFB1, weisen im zeitlichen Verlauf, von T1 zu T2, wie auch zu T3, eine erhebliche Stabilität auf. Dies läßt sich an den häufigen Stabilitätskoeffizienten um r .60 - .70 ablesen. Lediglich für die FG fallen sie beim T1 - T3-Vergleich in BFB2 und BFB4 auf ein insignifikantes Ausmaß (.26 und .37) ab.

22.3 Medizinische Variablen

Werden die medizinischen Kennwerte, d.h. die anthropometrischen, physiologischen und klinisch-chemischen Werte auf Veränderungen hin überprüft, so ist hier folgende dreifache Unterscheidung zu treffen: Es handelt sich um Kennwerte, die erstens zu Beginn und Ende der Kur, zweitens zu Beginn der Kur und im Rahmen der katamnestischen Untersuchung sowie drittens im Rahmen einer Ersterhebung (ebenfalls zum Kuranfang) und einer Nachprüfungserhebung (noch im Laufe der ersten Kurhälfte) erhoben wurden. Zu den erstgenannten gehören Körpergewichts-, Blutdruck- und Pulswerte, zu den zweitgenannten nochmals die Körpergewichtsdaten und zu den drittgenannten die klinisch-chemischen Labordaten Cholesterin, Triglyceride, Harnsäure, γ-GT und Blutsenkung. Während die erst- und zweitgenannten anthropometrischen und physiologischen Kennwerte zu den genannten (mindestens zwei) Terminen von nahezu allen LVA-Kurpatienten erhoben wurden, beschränkt sich bei den drittgenannten klinisch-chemischen Kennwerten die Zahl von Wiederholungsmessungen nur auf jene Personen (N zwischen 25 und 69), die sich aufgrund der kritisch-pathologischen Höhe ihrer in der Ersterhebung gewonnenen Labordaten einer Nachprüfungserhebung unterziehen mußten.

Im einzelnen ergibt sich sodann im Hinblick auf die metrischen Variablen: Recht eindeutig nimmt das Körpergewicht zum Kurende ab, und zwar - jeweils durchschnittlich in kg - für die GG von 71,83 auf 70.66 (p .000); für die MG von 75,37 auf 74,05 (p .000); für die FG von 62,03 auf 60.62 (p .002). Die erhebliche Abhängigkeit zwischen den terminspezifischen Gewichtswerten wird in den sehr hohen Korrelationen deutlich (Stab.-Koeff. r für MG bei T1-T2 .98, bei T1-T3 .70, für FG bei T1-T2 .99, bei T1-T3 .91). Dagegen ist der Unterschied zwischen dem Gewicht zum Kuranfang und dem in der Halbjahreskatamnese angegebenen statistisch -jedenfalls für diese drei Gruppen - nicht mehr als gesichert anzusehen,(z.B. für GG - Katamneseteilnehmer - von 71.61 auf 71.08 kg). Die Werte von Blutdruck

und Pulsfrequenz vermindern sich ebenfalls zum Ende des Heilverfahrens in statistisch bedeutsamer Weise, aber nur bei der Gesamt- und Männergruppe ($p \leqslant .001$), nicht bei der Frauengruppe. Ähnliches zeigt sich bei den klinisch-chemischen Kennwerten. Für die - an der Nachprüfungsmessung teilnehmenden Patienten finden sich hochsignifikante Verminderungen der Cholesterin-, Triglyceride-, Harnsäure und γ-GT-Werte (p jeweils .000) und signifikante Verringerungen der Blutsenkungsdaten (p .043). Die p-Werte für diese Variablen liegen für die männlichen Patienten jeweils bei $\leqslant .001$, außer für BKS mit keiner signifikanten Veränderung (p .569). Bei den Frauen nehmen ebenfalls die Cholesterin-, Triglycerid-, γ-GT-, darüber hinaus auch die BKS-Werte bedeutsam ab (p .001, .055, .041, .051). Auch für die nach dem Körpergewicht weiteren Variablen finden sich, außer für die Harnsäure, mittlere Stabilitäten (r in der Regel $\geqslant .40$).

22.4 Anamnestisch-katamnestische Variablen

Was zunächst die "Lebensgewohnheiten" betrifft, so finden sich hierbei einige mittlere Veränderungen im Kurnachhalbjahr gegenüber den beiden Kurvorjahren, die im Sinne eines positiven Kurerfolgs betrachtet werden können. So ergeben sich für die Gesamtgruppe bedeutsame Abnahmen in dem wöchentlichen Bierkonsum (p .000), in der Einnahme von Schlaftabletten (p .000), Beruhigungsmitteln (p .005) und sonstigen Medikamenten (p .004). Nahezu die gleichen Unterschiede, wenngleich mit teilweise etwas anderen p-Werten, zeigen sich auch für die Männergruppe, während die bedeutsamen Differenzen für die Frauengruppe nicht ganz so eindeutig ausfallen (p für MG und FG in bezug auf wöchentl. Bierkonsum .000 und .036; Schlaftabletten .011 und .006, Beruhigungstabletten .001 und .754, sonstige Medikamente .002 und .501), d.h. nur auf Bierkonsum und Schlaftabletteneinnahme beschränkt sind. Die Stabilitätskoeffizienten bewegen sich für alle drei Kollektive bei den meisten

Variablen im mittleren Bereich (beim Bierkonsum sogar im höheren Bereich von r .70 für die GG), außer bei Wein- und Zigarettenkonsum (letzter nur bei anamnestisch ermittelten Rauchern überprüft) und Stunden der Erholung, wo sie unter .20 fallen. Bemerkenswert erscheint noch, daß sich zumindest gewisse Abhängigkeiten auch in den Angaben zu den krankheitsbedingten Fehlzeiten ergeben, und zwar für deren Häufigkeiten (r GG .18, n.s., r MG .30, p .002, FG .32, p .070), weniger aber für deren Dauer (r GG. 14, n.s., MG .26, p .008, FG .01 (!), n.s.). Bezüglich der Rauchergewohnheiten kann zunächst entsprechend der beiden betreffenden zwei Items des Katamnesebogens unterschieden werden zwischen Personen, die während der Kur bzw. auch erst ab der Kur nicht, und Personen, die während der Kur geraucht haben, wobei auch hier jeweils nur Katamneseteilnehmer einbezogen sind. Bei dieser Unterscheidung wird zugleich deutlich, daß das methodische Verfahren des Katamnestischen Erhebungsbogens (bzw. eine anderweitige zu tätigende Erhebung) insofern nicht ganz befriedigend ist, als nicht genug klar wird, ob die eben genannten zur Heilverfahrenszeit festgestellten Nichtraucher oder Raucher diesen Status bereits vor oder erst seit der Kur haben. Es ist durchaus möglich, daß z.B. unter den Befragten, die davon ausgehen, zur Zeit der Kur nicht geraucht zu haben, welche sind, die dies tatsächlich erst aufgrund des Heilverfahrens tun, so daß möglicherweise gewisse Effekte - bzw. im Hinblick auf Ziele der Gesundheitserhiehung - "Erfolge" "verborgen" bleiben.

Halten wir die unmittelbar vor diesen einschränkenden Hinweisen gemachten Unterscheidungen aufrecht, dann zeigt sich, daß von der erstgenannten Gruppe der ehemaligen Nichtraucher N= 4 (3 Männer und 1 Frau) das Rauchen (wieder) aufgenommen haben, während N=97 weiterhin nicht rauchen. Von der zweitgenannten Gruppe der ehemaligen Raucher haben N=2 das Rauchen eingestellt, während die übrigen, N=36, weiterhin rauchen. Insofern kommt dem Rauchen bzw. Nichtrauchen eine relativ große Stabilität zu, zumal die relativen Anteile der Personen mit Veränderungen sehr ähnlich sind.

Betrachten wir innerhalb der sich auch noch zu T3 als Raucher einordnenden Personen (N=38), worin die o.g. N=2 offenbar enthalten sind) die Veränderungen im täglichen Zigarettenkonsum, so können wir feststellen, daß er im Vergleich zu T1 abnimmt, und zwar von durchschnittlich 17.79 auf 13.66 Stück pro Tag. Diese Differenz ist statistisch - mit einem p .075 - nicht mehr ganz gesichert. Sie beruht hauptsächlich auf einem Rückgang bei den Männern (bei N=31) von durchschnittlich 19.19 auf 14.29 Stück pro Tag (p .080), während sie bei den Frauen (N=7) mit der durchschnittlich allerdings schon zu T1 viel niedriger liegenden Zahl von 11.57, die zu T3 dann noch 10.87 beträgt (p .754), kleiner ausfällt.

Ein weiterer Zugang ist dadurch möglich, daß die Unterschiede zwischen den Personen, die die Frage nach der (Wieder-) Aufnahme des Rauchens mit ja oder nein beantworten, den Unterschieden in dem anamnestisch ermittelten Raucherstatus, d.h. der Unterscheidung nach "Raucher", "Nicht-mehr-Raucher" und "Noch-nie-Raucher", gegenübergestellt werden, ebenso, wenn diesen Unterschieden jene katamnestische Unterschiede zwischen Personen, die bejahen oder verneinen, das Rauchen beendet zu haben, gegenübergestellt werden (Überprüfung jeweils anhand von Chi-Quadrat-Tests; vgl. Tab. 23). Im erstgenannten Fall ergibt sich insofern ein signifikanter Unterschied (p .006), als von den die Aufnahme bzw. die Wiederaufnahme bejahenden 4 Personen 2 anamnestisch eingestufte Raucher, jedoch jeweils nur 1 ebenso ermittelter Nicht-mehr-Raucher und 1 Noch-nie-Raucher sind. Im zweitgenannten Fall ergeben sich keine statistisch bedeutsamen Verhältnisse ; die zwei beendenden Personen sind, wie bereits erwähnt, ehemalige, d.h. anamnestisch eingestufte Raucher.

Was die wenigen dichotom gestuften und in inhaltlich äquivalenter Form an T1 und T3 vorliegenden Merkmale betrifft, so sei noch festgestellt, daß zur Halbjahreskatamnese mehr Personen bejahen , gesund zu leben(N=116, 84.1%, ja zu N=22, 15.9%,nein) als zum Kuranfang (N=86,

62.3%,ja zu N= 52, 37.7%,nein),wobei die Veränderungen hauptsächlich von nein zu ja (aus N=86 ja T1 zu T3 N=77 ja und N=9 nein) und weniger von ja zu nein (aus N=52 nein zu T1, zu T3 N=39 ja und N=13 nein) (r .17, p $<$ .05) verlaufen. Auch in der Form der überwiegenden Freizeitgestaltung lassen sich Veränderungen feststellen: Zum T1 gaben noch N=88, 65.7%, überwiegend körperliche und N=46, 34.3%,überwiegend sonstige Betätigung an, während zu T3 die entsprechenden Werte bei N=103, 76.9%, zu N=31, 23.1%, liegen, wobei hier die Änderungen nicht so eindeutig in bestimmte Richtungen gehen. Es sei noch darauf hingewiesen, daß die Angaben zu den Nebentätigkeiten zu T1 und T3 ähnlich bleiben (ja zu nein bei T1: N=43, 24.3%, zu N=134, 75.7%; T3: N=34, 25%,zu N=103, 75%, r .33, p $<$ .001). Ein Zusammenhang deutet sich auch an zwischen der Frage, ob unmittelbar vor der Kur gearbeitet wurde (T1) und derjenigen nach der Arbeitslosigkeit (T3) mit r .43 (p $<$ .001). In diesem Zusammehang wird z.B. deutlich, daß von N=6 Personen, die unmittelbar vor der Kur arbeitslos waren und an der katamnestischen Befragung teilgenommen haben, ein halbes Jahr nach der Kur immer noch N=4 Arbeitslosigkeit angeben.

22.5 Diskussion

Konzentrieren wir uns zunächst auf die Veränderungen zum Ende des Heilverfahrens, dann können wir betonen, daß auch in dieser Studie positiv bewertbare Veränderungen in Variablen des subjektiven Befindens, d.h. vor allem in subjektiven Beschwerden und im Stimmungsbereich, ermittelt wurden (vgl. KULPE 1975). Die Veränderungen in Richtung verminderter subjektiver Beschwerden sowie vermehrter "Aktiviertheit" und "Gehobener Stimmung" wie auch verminderter "Müdigkeit" stimmen gut mit verwandten Studien (z. B. DANKO 1977; DIENZ 1970; DINSE 1977; DOUBRAWA 1977; ENGLER-HAMM 1971; ENKE-FERCHLAND 1970; FICKER 1973; FRANK 1974; FRIEDRICH 1974; GASSER 1970; GÖLLNER 1970a; MAGYAROSI 1977; MENTZEL und MENTZEL 1977; MONTAZEM 1973; STOCKSMEIER

1973; WEBER und MÜLLER 1977) und eigenen früheren Untersuchungen (FERSCHING 1976; FERSCHING und KURY 1979) überein. Z.B.ergaben sich in den Studien von DANKO und DINSE (beide 1977), in denen u.a. auch anhand der FBL Veränderungen an Kurpatienten untersucht wurden, ebenfalls in der Allgemeinbefindensskala dieses Verfahrens besonders deutliche Kureffekte zum Ende der Heilmaßnahme.

Eine ähnliche Übereinstimmung mit den Ergebnissen verwandter und eigener Untersuchungen stellt sich hinsichtlich der Veränderungen in den Persönlichkeitsmerkmalen heraus. In einer früheren eigenen Untersuchung, ebenfalls an Kurpatienten der LVA-Kurklinik Buching (vgl. FERSCHING und KURY 1979) zeigte sich ebenfalls, daß sich diese im BPI zum Kurende als weniger "gestört" darstellen, d.h. sich die Männer als bedeutsam weniger erregbar, bedrückt und psychosomatisch gestört, die Frauen als weniger erregbar und sexuell konflikthaft beschrieben (ähnlich auch DINSE 1977). Unsere neuen Befunde stimmen mit diesen überein, erscheinen aber noch "positiver" in dem Sinne, daß sich die männlichen Kurpatienten nun auch noch weniger sexuell konflikthaft und die Frauen noch als weniger psychosomatisch gestört sowie bedrückt schildern. Insoweit sind die neuerdings ermittelten Veränderungen im BPI umfassender. Allerdings beschreiben sich in der neuen Untersuchung die männlichen Patienten zum Kurende auch als vermindert offen, ohne daß diesbezüglich signifikante Veränderungen bei den Frauen auftreten würden. Eine vorschnelle Folgerung, dies würde die Befunde der Männer relativieren, erscheint aber weniger angebracht, zumal sich in der Offenheitsskala des FPI keine entsprechenden signifikanten Umstellungen zeigen, auch weil beide Offenheitsskalen, aus BPI und FPI, in faktorenanalytischer Hinsicht eine relativ unabhängige Dimension darstellen (vgl. Frage 8).

Während sich also in BPI, FBL und SES sowohl für Männer als auch für Frauen ein recht deutlicher positiv interpretierbarer Kureffekt abzeichnet, ist dies im FPI ("Extraversion", "Emotionale Labilität", "Aggressivität" nur noch

unter Bezugnahme auf die Gesamt- und Männergruppe in statistisch bedeutsamer Weise der Fall. Offenbar sind die mit diesem Verfahren erfassten Persönlichkeitsmerkmale - zumindest bei Frauen - gegenüber den Einflüssen einer stationären Heilmaßnahme von etwas höherer Änderungsstabilität, wie auch die Stabilitätskoeffizienten deutlich machen. Allerdings ist teilweise auch das kleinere N und somit der später eintretende Fall überzufälliger Unterschiede in Rechnung zu stellen. Auch diese ebengenannten Resultate - Kureffekte im FPI - sind nicht neu. Bereits frühere Arbeiten von PINNO (1972) und SIEGRIST (1971) an Kurpatienten zeigten zum Ende des Heilverfahrens für die Männer positive Veränderungen im FPI, nicht aber für die Frauen, bei denen sich sogar Verschlechterungen fanden. Dagegen fallen unsere an Frauen gewonnenen Befunde noch relativ günstig aus. Darüber hinaus ist die in unserer Studie auftretenden bedeutsame Zunahme in der Extraversions- und Abnahme in der Neurotizismusskala (Gesamt- und Männerkollektiv) konsistent mit jenen von ANTONS (1972), BENDORF u.a. (1976), DOUBRAWA (1977), HALLWACHS und STOCKSMEIER (1975), SCHOTT und LASS (1979), SIEGRIST (1971), SAUER und SCHNETZER (1978) und PINNO (1972).

Mit den bisher diskutierten, positiv interpretierbaren Veränderungen ist auch in Einklang zu bringen, daß die - auf Frauen und Gesamtgruppe bezogenen - Unterschiedsanalysen weiterhin ein abnehmendes Mißtrauen gegenüber dem eigenen Körper (HG4) erkennen lassen. Offenbar gewinnen die Patienten unter den in vielfältiger Weise körperbezogenen Einwirkungen während der Kur, wie Gymnastik, Wandern, Schwimmen, Tanzen u.a. die Erfahrung, sich vermehrt auf den eigenen Körper verlassen zu können. Bei Männern scheint dies indessen auch eine erhöhte Beschäftigung mit Krankheitsanzeichen mit sich zu bringen. In diesem Zusammenhang sei auch nochmals auf die übergreifenden faktorenanalytischen Auswertungen (vgl. 2o) verwiesen, die u.a. deutlich machten, daß verbesserte Werte im Beschwerden- und Befindensbereich (FBL, SES, teilweise HG4) mit subjektiven Kurerfolgsmerkmalen verbunden sind.

Was die Krankheitskonzepte, also die Vorstellungen der Patienten über die Verursachung ihrer Beschwerden und die Methoden und Formen der ihnen angemessen erscheinenden Behandlung betrifft, so läßt sich in den hier auffindbaren Veränderungen - wie auch Stabilitätskoeffizienten um .75 zeigen - die direkte Zunahme eines - jedenfalls mit dem KKB1-Faktor "Seelische, psychosoziale Probleme und Psychotherapie" abgedeckten - Psychogeneseverständnisses nicht feststellen (wie sich z.B. in der Kurpatientendokumentation von MENTZEL und MENTZEL 1977 herausgestellt hatte); allerdings eine verminderte Präferenz naiv-populärer Vorstellungen von "Hetze" und "Stress" sowie betont somatischer Attribuierungen,nicht zuletzt auch der auf den Arbeitsplatz bezogenen Krankheitskonzepte (KKB2,3,4). Auffallend ist auch, daß sich - jedenfalls in der vorliegenden gruppenstatistischen Auswertung - kaum Veränderungen in den Skalen, anhand derer die psychosozialen Belastungen im Zusammenhang mit Ehe, Familie und Beruf erfasst werden (BFB), feststellen lassen, und soweit Änderungen statistisch zu sichern sind, handelt es sich um solche eher "negativer" Art: der Frauengruppe erscheinen die mit der arbeitsmäßigen Beanspruchung und der eigenen Ehe zusammenhängenden Belastungen (BFB2 und BFB1) zum Kurende eher noch größer. Auf den ersten Blick betrachtet passt dies nicht so recht in das bisher sichtbar gewordene Bild positiver Kureffekte. Allerdings sollten, vor zu weitreichenden Folgerungen, etwa auf eine Ineffizienz der Kurbehandlung hinsichtlich psychosozialer Belastungen, verschiedene Gründe erwogen werden:

1. Die den Patienten zuteil werdende Kurbehandlung umfasst, unabhängig ob sie im Rahmen der mehr oder weniger jedem Patienten möglichen Reflexionen Gespräche und Beratungen oder einer systematischen zusätzlichen psychologischen Behandlung stattfindet, zwar auch Einflußnahmen auf die im BFB erfassten Belastungen; eine direkte Überprüfung der hierbei gewonnenen Erfahrungen an der Alltagsrealität ist den meisten Patienten unter den Umständen einer stationären Maßnahme aber nur wenig gegeben.

2. Insofern können eventuelle Veränderungen in den psychosozialen Belastungsskalen - mehr als die in den "körpernäher" oder unspezifischer formulierten Items von SES, FBL, BPI usw. - zunächst einmal auch als Einstellungs- und Bewertungsänderung betrachtet werden.
3. "Negative" Veränderungen bei Frauen bringen ggfs. zum Ausdruck, daß deren Befürchtungen vor den Beanspruchungen und Forderungen des Alltags angesichts der nahen, unvermeidlichen Rückkehr in die "alte" Umgebung, bzw. Beendigung einer nur vorübergehenden Entlastung, noch zunehmen (vgl. auch KURY 1977).
4. Es wäre auch denkbar, daß im Zuge verstärkter "Desomatisierungsprozesse" der Bereich psychischer Konflikte und Belastungen deutlicher wahrgenommen werden kann und in seinem Ausmaß (zumindest zeitweilig) zunimmt (vgl. z.B. PRODÖHL 1979, S.110).

Die Veränderungen in den objektiven medizinischen Kennwerten, wie Gewicht, Blutdruck, Cholesterin-, Triglyceride- und Leberenzymwerten zu Kurende (bzw. zum Nachprüfungstermin)sind konsistent mit jenen, die in etlichen Studien gefunden wurden (z.B. MEDERT-DORNSCHEIDT 1975) und als "objektive" Kureffekte gewertet werden (vgl. KULPE 1975).

Wenn wir nun die Veränderungen, soweit sie auch im Rahmen der ein halbes Jahr nach dem Heilverfahren stattfindenden Katamnese zu beobachten sind (einschließlich neuer, im T1-T2-Vergleich nicht auftretender Änderungen), diskutieren, so können wir zunächst hervorheben, daß die Verminderung subjektiver Beschwerden und der Anstieg der "Aktiviertheit" (wenngleich auch der "Gereiztheit") bei Männern wie bei Frauen unsere Erwartungen hinsichtlich der längerfristigen Umstellungen in FBL und SES sogar etwas übertreffen. Sie gehen zugleich über die in einigen katamnestischen Studien, z.B. von DANKO (1977), MENTZEL und MENTZEL (1977) sowie STOCKSMEIER (1973) ermittelten erneuten Annäherungen subjektiver Befindenskennwerte an das Kuranfgangsniveau hinaus. Sie entsprechen andererseits den bei MEDERT-DORNSCHEIDT und MYRTEK (1977) im Rahmen einer Zweijahreskatam-

nese und den bei WEBER und MÜLLER (1977) im Rahmen einer Einjahreskatamnese jeweils an ehemaligen Kurpatienten gefundenen anhaltenden Verbesserungen in subjektiven Befindensvariablen. Die Ergebnisse im FPI wiederum mit lediglich verringerter Aggressivität als der Variable mit stabiler Veränderung, bleiben unterhalb der persönlichkeitspsychologisch längerfristigen Effekte, wie sie z.B. bei MEDERT-DORNSCHEIDT und MYRTEK (1977) als verminderte Nervosität, Emotionale Labilität und Depressivität festgestellt wurden. Im übrigen stellt sich das Problem, inwieweit eine verminderte Aggressivitätsausprägung bei den nach klinischen Beobachtungen häufig eher aggressionsgehemmten Patienten mit psychovegetativen Syndromen positiv interpretiert werden kann.

Hinsichtlich der katamnestischen Ausprägungen in den Belastungsskalen BFB, die sich nicht mehr signifikant von den Kuranfangswerten unterscheiden, ist ein Vergleich mit ähnlichen Variablen in der Katamnesestudie von MEDERT-DORNSCHEIDT und MYRTEK (1977) und wiederum mit den hier ambivalent erscheinenden Veränderungen nahegelegt: dort beschrieben sich die ehemaligen Patienten der Herzkreislaufklinik als einerseits beruflich weniger angespannt und andererseits auch als beruflich weniger zufrieden. Hingegen werden von MENTZEL und MENTZEL (1977) deutliche Änderungen in jeweils subjektiv eingeschätzter beruflicher Leistungsfähigkeit und Stellungnahme der Umwelt zur eigenen Person sowie von BENDORF u.a. (1976) Verbesserungen in den Bereichen der Selbstsicherheit und Kontaktfähigkeit mitgeteilt, wobei es sich in beiden Fällen um Katamnesestudien (im ersten Fall um eine Einjahres- und im zweiten Fall eine 3- bis 6-Monatskatamnese) an Kurpatienten mit psychovegetativ-psychosomatischen Störungen handelt. Allerdings wurden diese anhaltend-positiven Ergebnisse jeweils unter der Bedingung zusätzlicher gruppen-psychotherapeutischer Behandlung gewonnen.

Genau diesen Faktor haben wir in unserer bisherigen Diskussion der Veränderungsanalysen in bezug auf jeweils die gesamten anfallenden Patientenkollektive noch nicht berück-

sichtigt. Hinter den hierbei gesichteten Ergebnissen können sich noch andersartige Veränderungen, zum Teil mit deutlicher anhaltenden positiven Kurwirkungen, bei zusätzlich psychologisch behandelten Patienten verbergen. Wir kommen darauf bei Frage 12 zurück.

Noch zu den medizinischen und anamnestisch-katamnestischen Variablen: Daß das Körpergewicht zur Katamnese eine nicht mehr signifikant von der Kuranfangsausprägung abweichende Ausprägung erhält, ist mit Befunden in Beziehung zu bringen, die z.B. TEICHMANN (in HÖFT 1973) unter der Bedingung allgemeiner Kurbehandlung, weniger unter der Bedingung gezielter und individuumsbezogener Treatments (vgl. z.B. FREYTAG-LORINGHOVEN 1972; KLEINSCHMIDT 1975) berichtet. Sie sind auch den Ergebnissen bei MEDERT-DORNSCHEIDT und MYRTEK (1977) mit einem ebenfalls erneuten Anstieg des Körpergewichts ähnlich. Immerhin ist aber der Rückgang des Bierkonsums, ebenso die Verminderung der Einnahme von Schlaftabletten für die Gesamt- und Geschlechtergruppen, ebenso von Beruhigungs- und sonstigen Medikamenten für die Gesamt- und Männergruppe, ein Anzeichen für ein gestiegenes Wohlbefinden und durchaus als Teil eines positiven Kurerfolgs anzusehen. Dies gilt auch für die vermehrt gefundene Beurteilung der eigenen Lebensführung als gesund, die vermehrte körperliche Betätigung als Form vorherrschender Freizeitgestaltung u.a.. Hinsichtlich der Veränderung von Rauchergewohnheiten dürften ähnliche Überlegungen wie zur Körpergewichtsveränderung angebracht sein: Die Ergebnisse gehen nicht eindeutig in eine bestimmte Richtung, zumal - soweit unter den bereits oben genannten methodenspezifischen Einwänden zu übersehen - jeweils ein kleiner Prozentsatz von bisherigen Rauchern zu Nichtrauchern und von bisherigen Nichtrauchern zu Rauchern wird. Da während des Heilverfahrens weniger systematisch-verhaltensmodifikatorische Trainings, wie sie etwa von HAMMER u.a. (1976) berichtet werden, vorgesehen sind, sind die Befunde nicht überraschend. Eine gewisse Vergleichbarkeit mit den bei TEICHMANN (in HÖFT 1973) mitgeteilten Veränderungen der Rauchgewohnhei-

ten scheint gegeben zu sein, weniger allerdings mit dem deutlicheren Rückgang bei den von MEDERT-DORNSCHEIDT untersuchten Herzkreislaufpatienten (vgl. MEDERT-DORNSCHEIDT und MYRTEK 1977).

Die längerfristig zu sichernden, zumindest kurerfolgsrelevanten, wenn nicht einen Kurerfolg anzeigenden, Verbesserungen, wohlgemerkt jeweils in bezug auf die Gesamtgruppe der für die vorliegende Studie ausgewählten 30- bis 50-jährigen Kurpatienten und auf die beiden Geschlechtergruppen dieses Kollektivs, sind also in psychologischen, medizinischen und anamnestisch-katamnestischen Variablen,zumindest in begrenztem Ausmaß,deutlich geworden. Dabei finden sich einige recht eindeutige, auch noch ein halbes Jahr nach dem Heilverfahren auftretende Verbesserungen, vor allem etwa in Befindens- und Beschwerdenvariablen, teilweise im Alkohol- und Medikamentenkonsum, außerdem in der Beurteilung der Lebensführung und vorherrschender Freizeitgestaltung, die zum überwiegenden Teil als Indikatoren eines positiven Kurerfolgs gelten können. Gegenüber dieser Folgerung muß nun aber berücksichtigt werden, daß sie nur auf den zu den verschiedenen Erhebungsterminen direkt miteinander vergleichbaren Variablen (und dementsprechend nur auf den in Wiederholungsform vorliegenden Patientendaten) beruht. Darüber hinaus sind durchaus weitere zeitlich anhaltende Erfolge anzunehmen, insbesondere: die (vgl. Tab. 42-44) offenbar eintretende Verminderung der Krankheitszeiten, die zumindest partielle Übernahme von gesundheitsförderlichen Verhaltensweisen und Übungen (z.B. Entspannung, Wandern, Schwimmen, Hautbürsten, Morgengymnastik) und nicht zuletzt der subjektiv empfundene Nutzen aus dem Heilverfahren, der ja durchschnittlich[+](vgl. Tab. 1 zur statistischen Grundauswertung) 3 Monate (für Männer 3[++], für Frauen =3[+++]) beträgt, u.a.m.. Jedoch wurden die eben genannten Variablen in einer Form erhoben, die keine unmittelbare intraindividuelle Vergleichbarkeit ermöglicht.

Weiterhin muß berücksichtigt werden,daß hier nur eine auf jeweils gesamte Patientenkollektive bezogene Auswertung zu-

---

+ Mittelwert=3.36; ++ Mittelw.=3.49; +++ Mittelw.=2.97
Verankerung u.a. bei: 3=3 Monate, 4=bis heute

grundelag. Die war hier allerdings beabsichtigt, zumal Kureffekte bzw. Kurerfolge (vgl. LÜHR 1959) umso überzeugender dargestellt werden können, je mehr sie sich an solchen größeren Kollektiven, noch vor weiteren Untergruppenanalysen,herausstellen. Damit ist eine weitere Einschränkung angesprochen. Die bisherige Veränderungsauswertung ist noch mit allen Problemen der einfachen deskriptiven Pre-Post-Messung (vgl. z.B. HARTIG 1975) behaftet, mit Übungs- und Gewöhnungseffekten, den Verzerrungseinflüssen aufgrund der vorherrschenden subjektiven Befragungen, den statistischen Ausgangswertabhängigkeiten und der mangelnden Kontrolle einzelner relevant erscheinender Faktoren bzw. Variablen(also etwa noch anderer als dem des Geschlechts). Dem Problem, inwieweit solche Faktoren, u.a. auch der Faktor einer zusätzlichen psychologischen Behandlung, die Differenzen zwischen den Meßwerten an den verschiedenen Untersuchungszeitpunkten sowie die Varianz anderer, nur dem interindividuellen Vergleich zugänglicher Variablen aufklären, wenden wir uns im Zusammenhang mit Frage 14 zu. Zum jetzigen Stand unserer Darlegungen können wir nun noch zur Prüfung der, zu einigen Aspekten der Frage 10 formulierten, Hypothesen übergehen. Sie werden jeweils nochmals aufgeführt und dann auf das Ausmaß ihrer Bestätigung hin (vgl. HERRMANN 1976) beurteilt. Dies geschieht erstens für die zu den Veränderungen gegen Ende des Heilverfahrens, zweitens für die zu solchen <u>und</u> in der Halbjahreskatamnese auftretenden Veränderungen und drittens für die zu den in der Halbjahreskatamnese auftretenden Veränderungen formulierten Hypothesen.

22.6 Hypothesenprüfung

22.6.1 Hypothesen zu Veränderungen in verschiedenen Variablen gegen Ende des Heilverfahrens

22.6.1.1 FBL und SES:"Zum Ende des Heilverfahrens ergibt sich eine bedeutsame Verbesserung in dem durch die FBL erfassten subjektiven Befinden und dem durch die SES definierten Stimmungsgeschehen."

Diese Hypothese kann angesichts der statistisch bedeutsam verminderten Beschwerdenausprägung in der FBL und der ebenso vermehrten "Aktiviertheit" und "Gehobenen Stimmung" wie verminderten "Müdigkeit" beim gesamten sowie männlichen und weiblichen Kurpatientenkollektiv, außerdem in Anbetracht der verminderten "Trägheit" bei den weiblichen Patienten als bestätigt angesehen werden. Indirekt spricht für diese Hypothese auch das herabgesetzte "Mißtrauen gegenüber dem eigenen Körper" im Fragebogen HG.

22.6.1.2 FPI und BPI: "Zum Ende der Heilmaßnahme kommt es im Vergleich zum Anfang der Heilmaßnahme zu positiv zu interpretierenden Veränderungen der Kurpatienten in den Persönlichkeitsinventaren FPI und BPI. Sie sind bei männlichen Patienten deutlicher ausgeprägt als bei weiblichen."

Diese Hypothese kann aufgrund der - unter Bezugnahme auf die Gesamt- und Männerpatientenstichprobe zum Kurende statistisch gesicherten vermehrten Extravertiertheit und verminderten emotionalen Labilität wie auch Aggressivität im FPI sowie aufgrund der bei Gesamt- und Geschlechtergruppen im BPI zum Kurende eingetretenen deutlich verminderten Gehemmtheit, Erregbarkeit, Nervosität, Depressivität und sexuellen Konflikthaftigkeit als gut bestätigt gelten.

22.6.1.3 BFB: "Gegen Ende der Heilmaßnahme ist eine Verminderung der mit dem Fragebogen BFB erhobenen subjektiven psychosozialen Belastungen im Zusammenhang mit Ehe, Familie und Arbeitsplatz zu erwarten."

Aufgrund der in den BFB-Variablen zum Ende der Heilverfahren nicht gegebenen statistisch signifikanten Belastungsverminderungen und der bei der Gruppe weiblicher Patienten eher noch in größerem Ausmaß eingeschätzten Belastung im Zusammenhang mit ihrer Ehe und arbeitsbezogenen Beanspruchung kann diese Hypothese als nicht bestätigt betrachtet werden.

22.6.2 Hypothese zu Veränderungen in verschiedenen Variablen gegen Ende des Heilverfahrens und in einer Halbjahreskatamnese

22.6.2.1 Medizinische Variablen: "Zum Kurende werden deutliche, positiv zu interpretierende Veränderungen (Verminderungen) in objektiven medizinischen Kennwerten der Kurpatienten eintreten. In der Halbjahreskatamnese wird das Körpergewicht wieder zunehmen und nicht mehr bedeutsam von demjenigen abweichen, wie es zum Kuranfang festzustellen war."

Angesichts der deutlichen durchschnittlichen Verminderung des Körpergewichts und der ebenso verminderten Cholesterin-, Triglyceride-und Harnsäurewerte für alle drei Bezugsgruppen und angesichts der für die Gesamt- und Männergruppe zu sichernden Verminderungen von Blutdruck und Pulswerten, der für die erstgenannte auftretende Verminderung der γ-GT- und BKS-Werte (wobei sich letztere auch für die Frauengruppe verringern) jeweils zum Kurende; außerdem aufgrund des in der Halbjahreskatemnese nicht mehr signifikant von den Kuranfangswerten abweichenden Körpergewichts kann die Hypothese als bestätigt angesehen werden.

22.6.3 Hypothesen zu Veränderungen in verschiedenen Variablen im Rahmen einer ein halbes Jahr nach dem Heilverfahren stattfindenden katamnestischen Untersuchung

22.6.3.1 FBL und SES: "Die Meßwerte im Beschwerden- und Stimmungsbereich (FBL und SES) werden sich in einer ein halbes Jahr

später stattfindenden katamnestischen Befragung nicht bedeutsam von denjenigen, die bei den Patienten zu Beginn des Heilverfahrens festgestellt wurden, unterscheiden."

Aufgrund der zur Katamnese - im Vergleich zum Kuranfang - noch deutlichen Verminderung subjektiver Beschwerden und der ebenso anhaltenden vermehrten "Aktiviertheit" und ebenfalls angewachsenen "Gereiztheit" bei allen drei Bezugsgruppen kann die Hypothese als nur wenig bestätigt angesehen werden.

22.6.3.2 FPI und BFB: "In der Halbjahreskatamnese werden sich bei den Kurpatienten die Meßwerte zur psychosozialen Belastung (BFB)und in Persönlichkeitsmerkmalen (FPI) nicht bedeutsam von den Kuranfangswerten unterscheiden."

Angesichts der nicht signifikant vom Kuranfang unterschiedenen Ausprägungen in den BFB-Variablen und den meisten FPI-Skalen mit Ausnahme der weiterhin verringerten Aggressivität darf die Hypothese als überwiegend bestätigt angesehen werden.

22.6.3.3 Anamnestisch-katamnestische Variablen: "Wir erwarten in der Halbjahreskatamnese zumindest in partiellem Ausmaß anhaltende Veränderungen in Bereichen des Gesundheitsverhaltens, die sich positiv interpretieren lassen."

Wir können angesichts der im Vergleich zum Heilverfahren eher stabil gegebenen Rauchergewohnheiten bei weniger weitreichenden Umstellungen in Richtung sowohl der (Wieder-) Aufnahme als auch Beendigung des Rauchens, sodann der verminderten Einnahme von Schlaf- und Beruhigungstabletten und des verminderten Bierkonsums sowie angesichts der im Sinne eines positiven Kurerfolgs interpretierbaren Veränderungen in der subjektiven Beurteilung der Lebensführung (als gesund) und in der Form vorherrschender Freizeitgestaltung die Hypothese als bestätigt ansehen.

22.7 Zusammenfassung

Fassen wir unsere Ergebnisse zu Frage 10 zunächst einmal hinsichtlich der Veränderungen, die sich zum Ende des Heilverfahrens, sodann im Rahmen der katamnestischen Untersuchung statistisch sichern lassen, und zwar für die gesamte Stichprobe der LVA-Kurpatienten wie für die Gruppen der männlichen und weiblichen Patienten zusammen, dann ergibt sich: Zum Kurende präferieren die Gesamt- wie die beiden Geschlechtergruppen bedeutsam weniger die im Fragebogen KKB erfassten Krankheitskonzepte "Stress und Schonung", "Körperleiden und Organmedizin" und "Belastende und unbefriedigende Arbeitssituation und Hilfe zur vermehrten Zufriedenheit", während sich für das Konzept "Seelische, psychosoziale Probleme und Psychotherapie" keine signifikanten Veränderungen bzw. hohe Stabilitäten feststellen lassen. Im Fragebogen HG zeigt sich gegen Ende der Kur, daß die Gesamt- und Frauengruppe der Kurpatienten ein bedeutsam vermindertes Mißtrauen gegenüber ihrem eigenen Körper äußern, während in der Männergruppe offenbar die Tendenz zur Beachtung von Krankheitsanzeichen zunimmt. Innerhalb der mit dem FPI erfassten Persönlichkeitsmerkmale ist für die Gesamt- und Männergruppe festzustellen, daß sich die Patienten zum Kurende deutlich vermehrt extravertiert und vermindert emotional labil sowie aggressiv schildern, während sich in der ausschließlich für die Gruppe der weiblichen Patienten durchgeführten Unterschiedsanalyse keine signifikanten Veränderungen ergeben. Dagegen sind positiv interpretierbare Veränderungen in den ersten fünf Skalen des BPI sowohl in bezug auf die gesamte Kurpatientenstichprobe wie auch auf die Männer und Frauen dieser Stichprobe - wenngleich bei den ersteren etwas umfassender als bei den zweitgenannten - recht eindeutig: die Patienten beschreiben sich als bedeutsam weniger gehemmt, erregbar und reizbar, nervös, depressiv und sexuell konfliktthaft. Bei der auf die Geschlechter bezogenen Auswertung wird zugleich deutlich, daß sich die Männer zum T2 als signifikant weniger offen beschreiben, während sich

die Frauen in dieser Skala ("Lügentendenz") nicht bedeutsam verändern. Eindeutig sind für alle drei Gruppen auch die erheblich verminderten Beschwerdenausprägungen in der FBL zum Ende im Vergleich zum Beginn des Heilverfahrens. Ähnliches findet sich in den Stimmungsskalen SES, wobei sich alle drei Kollektive zum Kurende als vermehrt aktiviert, vermindert müde und von vermehrter gehobener Stimmung - die Frauen überdies als weniger träge - beschreiben. Nur wenige Veränderungen finden sich in den Belastungsskalen BFB. Sie zeigen sich bei den Frauen, und zwar eher in die Richtung zunehmender Belastung im Zusammenhang mit der Ehe und arbeitsbezogenen Beanspruchung.

Recht deutlich wiederum sind innerhalb der medizinischen Kennwerte die durchschnittlichen Verminderungen des Körpergewichts, die sich ebenso wie die Abnahmen (der zunächst erhöhten) Cholesterin-, Triglyceride- und Harnsäurewerte für alle drei Gruppen statistisch sichern lassen. In der Gesamt- und Männergruppe finden sich auch verringerte Blutdruck- und Pulswerte, in der erstgenannten außerdem geringere γ-GT- und Blutsenkungswerte, letztere auch in der Frauengruppe.

Was Stabilität, Richtung und Ausmaß der Veränderungen betrifft, die sich im Rahmen der ein halbes Jahr später stattfindenden atamnestischen Untersuchung im Vergleich zur Kuranfangsuntersuchung auffinden lassen, so ist zu sagen: Im Bereich der Krankheitskonzepte bleibt es nur bei einer verminderten Präferenz des Stress- und Schonungskonzepts für alle drei Bezugsgruppen, während keine der im HG-Fragebogen zum Kurende erreichten Veränderungen katamnestisch noch aufrechterhalten bleibt. Von den Veränderungen im FPI bleiben für Gesamt- und Männergruppe lediglich die verminderten Aggressivitätswerte signifikant (das BPI lag bekanntlich zur Katamnese den Befragten nicht vor). Dagegen bleiben die verminderten subjektiven Beschwerden, wenngleich sie wieder etwas ansteigen, auch noch ein halbes Jahr später für alle drei Gruppen statistisch bedeutsam (sehr bis hochsignifikant). Dasselbe ergibt sich

für eine - anhaltende - gewachsene Aktiviertheit in den SES, gleichwohl neben einer auch vermehrten Gereiztheit sowie - statistisch bedeutsam auf die weiblichen Kurpatienten beschränkt - wiederum vermehrt ausgeglichenen Stimmung. Die Ausprägungen in den BFB-Skalen bewegen sich wieder um das zu T1 ermittelte Niveau. Dies gilt auch für das Körpergewicht, dessen durchschnittliche Verminderung in der Katamnese statistisch nicht mehr zu sichern ist. Beim Vergleich identischer bzw. inhaltlich äquivalenter anamnestischer und katamnestischer Variablen stellt sich für alle drei Bezugsgruppen ein bedeutsamer Rückgang des wöchentlichen Bierkonsums sowie der Einnahme von Schlaftabletten, für die Gesamt- und Männergruppe zusätzlich noch von Beruhigungs- und "sonstigen" Medikamenten heraus. Die zur Kur festzustellenden Rauchergewohnheiten erweisen sich als relativ stabil. Relativ auf die dortigen Nichtraucher und Raucher bezogen (soweit sie an der Katamnestischen Untersuchung teilnahmen), nahmen N=4 (von N=101 während der Kur nicht rauchenden Patienten, also etwa 4%) das Rauchen (wieder) auf, während N=2 (von N=38 während der Kur rauchenden Patienten, also etwa 5%) das Rauchen beendeten. Unter den Rauchern nimmt der Zigarettenkonsum tendenziell ab.

Die Ergebnisse werden im Vergleich zu verwandten Studien und hinsichtlich der offenen Probleme diskutiert. Abschliessend werden sie mit 7 Hypothesen, die zu Veränderungen in verschiedenen Variablenbereichen zum Kurende und zur Halbjahreskatamnese formuliert wurden, verglichen. Dabei ergibt sich, daß 5 Hypothesen bestätigt bzw. zumindest nicht widerlegt werden können.

23 Ergebnisse zu Frage 11: Inwieweit lassen sich in den Variablenbereichen der Vergleichsgruppe (zur LVA-Kurpatientenstichprobe) zwischen zwei, dem Kuranfang und Kurende ungefähr vergleichbaren Untersuchungszeitpunkten Veränderungen feststellen. Finden diese Veränderungen in einem weniger bedeutenden Ausmaß als bei den Patienten, die an einem Heilverfahren teilnehmen, statt?

23.1 Vorbemerkungen

Da die Veränderungen bei den Personen der LVA-Kurpatientenstichprobe schon dargestellt wurden (vgl. 22), können hier sogleich die eventuellen Veränderungen in denjenigen Variablen beschrieben werden, die in identischer Form und teilweise vergleichbaren, mindestens zwei, Zeitpunkten ebenso wie bei den Patienten auch bei den Personen der Vergleichsgruppe erhoben wurden. Dies trifft für die (metrischen) Variablen der psychologischen Fragebogen HG, FPI, FBL, SES und BFB zu. Im einzelnen sind folgende Auswertungs- und Darstellungsschritte vorgesehen: Die Meßwertveränderungen bei der Vergleichsgruppe werden wieder mittels t-Test für abhängige Stichproben (Programm T-TEST) auf ihre statistische Bedeutsamkeit hin überprüft. Dabei wird jeweils auf die gesamte, die männliche und die weibliche Gruppe der Vergleichspersonen Bezug genommen (vgl. Tab. 45 bis Tab. 47)+. Die hierbei sichtbar werdenden Ergebnisse bzw. Unterschiede werden denen auf der Seite der Kurpatientengruppe gegenübergestellt. Es folgen eine kurze Diskussion und die Hypothesenprüfung.

23.2 Intraindividuelle Veränderungen in den Variablen der Vergleichsgruppe im Vergleich zu denen der Kurpatientengruppe

Die fast durchweg hohen T1-T2-Korrelationen machen eine erhebliche Stabilität der Variablenausprägungen deutlich. Der t-Test erbringt unter Bezugnahme auf die Wiederholungsmessungen an der gesamten Vergleichsgruppe nur in drei Variablen statistisch bedeutsame Unterschiede. Hiernach beschreiben sich die Vergleichspersonen etwa vier Wochen

+ Tab. 45-47 enthalten auch Stabilitätskoeffizienten

nach der ersten Testung als vermehrt aggressiv (FPI2; p .016) und schildern ihre Stimmung als zunehmend gehoben (SES1; p .005) und ausgeglichen (SES7; p .007). Werden die Befragten nach dem Geschlecht aufgeteilt, so finden sich die Veränderungen in den eben genannten beiden Stimmungsskalen in statistisch bedeutsamen Ausmaß für die Frauen (p .037 und .018). Gleichzeitig schildern sich diese im Zusammenhang mit ihrer Ehe als vermehrt belastet (p .024) und bezüglich ihrer Arbeit, Kollegen und Bezahlung als unzufriedener (p .025). Dies sind Unterschiede, die sich für die gesamte sowie die männliche Vergleichsgruppe nicht signifikant feststellen lassen.

Die Veränderungen in der SES1- und SES7-Variable entsprechen, ebenso diejenigen in der ehebezogenen BFB-Variable, ungefähr den bei der Patientenstichprobe gefundenen Unterschieden zwischen Kuranfang und Kurende. Eher gegenläufige Verhältnisse ergeben sich jedoch für die Aggressivitätsvariable, in der die Vergleichspersonen zum 2. Termin eher zunehmende, die Patienten hingegen eher abnehmende Werte erreichen. Die vermehrte berufsbezogene Unzufriedenheit schließlich findet sich nur bei den Personen der Vergleichs-, nicht bei denen der Patientengruppe. Bei dieser Variable ist vermutlich die Bedeutung des zum 1. Termin gewonnenen Ausgangswertes in Rechnung zu stellen. Dort unterschieden sich die Patienten von den Vergleichspersonen durch erhöhte Unzufriedenheit, so daß auch von den dortigen Gegebenheiten die jetzt festzustellenden Veränderungen zumindest zum Teil zu erwarten waren.

Die bei beiden Kollektiven eher gleichsinnige Veränderung in der ehebezogenen Belastung könnte mit den zum ersten Zeitpunkt vermehrten sozialen Erwünschtheitseffekten (auf eine erhöht tabubesetzte Variable) zusammenhängen, während die ebenfalls gleichsinnigen Veränderungen in den beiden SES-Skalen einstweilen offen bleiben.

Insgesamt gesehen wird indessen deutlich, daß bei der Vergleichsgruppe in zahlreichen Variablen, in denen bei den Kurpatienten zum Kurende positiv zu interpretierende Ver-

änderungen festzustellen waren, keine dementsprechenden Effekte zu finden sind.

23.3 Hypothesenprüfung

Angesichts der nur auf einzelne Variablen beschränkten, bei der Vergleichsgruppe ähnlich wie bei der LVA-Patienten-Stichprobe festzustellenden Veränderungen und angesichts der bei der zweitgenannten in mehr Variablen und in größerem Ausmaß als bei der erstgenannten festzustellenden positiv zu interpretierenden Veränderungen, kann die zugehörige Hypothese als überwiegend bestätigt angesehen werden: "In den zum Vergleich vorliegenden Variablen der psychologischen Fragebogen sind bei den im Rahmen eines stationären Heilverfahrens behandelten LVA-Kurpatienten zum zweiten Untersuchungstermin umfassendere positiv zu interpretierende Veränderungen als bei den unbehandelten Personen der Vergleichsgruppe festzustellen."

24 Ergebnisse zu Frage 12: Unterscheiden sich die Behandlungseffekte der LVA-Kurpatienten, die während des Heilverfahrens eine zusätzliche psychologische Behandlung erhalten haben, von den Effekten bei Patienten ohne eine solche zusätzliche Behandlung?

24.1 Vorbemerkungen

Um diese Frage zu beantworten, ist es zunächst zweckmässig, die Gruppe der N=29 LVA-Kurpatienten, die während des Heilverfahrens eine zusätzliche psychologische Behandlung erhalten hat, interindividuell in den verschiedenen Variablenbereichen mit der Gruppe der LVA-Kurpatienten zu vergleichen, die eine solche Behandlung nicht erhalten hat. Im nächsten Schritt soll vor allem geklärt werden, inwieweit bei den zusätzlich psychologisch behandelten Patienten in einzelnen Variablen zwischen Anfang des Heilverfahrens einerseits (T1) und Ende des Heilverfahrens (T2) bzw. Halbjahreskatamnese (T3) andererseits kurerfolgsrelevante Veränderungen eingetreten sind und inwieweit sich diese Veränderungen von denen vergleichbarer Kurpatienten unterscheiden.

Zur Klärung der zunächst angesprochenen interindividuellen Unterschiede wird auf das bereits im Kap. 15 erwähnte multifaktorielle varianzanalytische Design mit den Faktoren Geschlecht, Altersgruppe, Kurwiederholung, Belastungsrating im Psychologischen Interview und zusätzliche psychologische Behandlung (G-A-W-B-P) Bezug genommen, teilweise, soweit Unterschiede in den P-Haupteffekten vorliegen, auch auf das ebenfalls bereits beschriebene (vgl. 18) G-A-BA-BT-P-Design (vgl. Tab. 26-29). Es ist vor allem das erstgenannte Design, das neben P solche Faktoren enthält, die zu kontrollieren besonders wichtig erscheint. Z.B. spielt das Belastungsrating (B) eine wichtige Rolle dafür, ob für einzelne Patienten eine psychologische Behandlung zustandekam, und sollte daher kontrolliert werden. Zugleich sollte eine Vergleichbarkeit der zusätzlich psychologisch behandelten und nicht behandelten Personen gerade im Hinblick auf möglichst viele Merkmale (ein-

schließlich der eingeschätzten Belastung) gegeben sein; denn unterschiedliche Meßwertveränderungen beider Gruppen sind ja u.a. dann eher als behandlungsspezifisch überzeugend, wenn beide sich nicht erheblich in behandlungsrelevanten Eingangsmerkmalen unterscheiden. Insgesamt erscheinen uns in interindividueller Hinsicht folgende Operationen zweckmäßig, um die Vergleichbarkeit zwischen zusätzlich psychologisch behandelten LVA-Kurpatienten und nicht zusätzlich psychologisch behandelten LVA-Kurpatienten zu erhöhen : Einmal wird eine solche Vergleichbarkeit dadurch erhöht, daß wir im Rahmen der erwähnten varianzanalytischen Designs in den metrischen Variablen solche Faktoren, die Unterschiede"ausmachen" könnten, bei den gesamten LVA-Patienten simultan - neben dem P-Unterschied - kontrollieren. Außerdem werden neben varianzanalytischen Auswertungen, bei entsprechendem Skalenniveau sowie bei extremer schief verteilten Variablen (z.B. life events, wenn Nullwerte eingeschlossen werden) auch Chi-Quadrat-Überprüfungen vorgenommen (vgl. Tab. 23), wobei - wegen der relativ geringen Geschlechtsabhängigkeit von P - auf die jeweils gesamten LVA-Kurpatientenkollektive (also ohne Aufteilung nach Geschlechtsgruppen) Bezug genommen wird. Zum anderen erschien es uns angebracht, eine Parallelisierungsgruppe von ebenfalls N=29 Patienten zusammenzustellen, die keine zusätzliche psychologische Behandlung erhielt und der Gruppe der N=29 Patienten mit zusätzlicher psychologischer Behandlung zumindest in gruppeneinteilungsrelevanten anamnestisch-soziografischen Merkmalen ähnlich ist. Wir bilden daher eine solche Gruppe nach den Merkmalen von Geschlecht, Altersgruppe, familiärem und beruflichem Status (Familienstand, Kinderzahl, Berufsausbildung, Art der Berufstätigkeit), Vorkommen bzw. Nichtvorkommen von Lebensereignissen in den beiden Kurvorjahren, Erstkur bzw. Kurwiederholung, Raucher bzw. Nichtraucher, Hauptdiagnose (Psychovegetatives Syndrom und andere Hauptdiagnosen als Psychovegetatives Syndrom) und Belastungsrating im Psychologischen Interview. Während diese Parallelisierungsgruppe in den Merkmalen des Geschlechts und der Altersgruppe mit der

Gruppe der zusätzlich psychologisch behandelten Patienten ohnehin identisch ist, ist sie dies in den weiteren Merkmalen zumindest weitgehend (im einzelnen siehe Tab. 48-49). An der Halbjahreskatamnese beteiligten sich aus dieser Gruppe indessen nicht N=23 Patienten, wie im Falle der zusätzlich psychologisch behandelten Personen, sondern lediglich N=21. Die interindividuellen Unterschiede zwischen der Gruppe der zusätzlich psychologisch behandelten LVA-Patienten (Abkürzung P) und der parallelisierten Gruppe der nicht dementsprechend behandelten LVA-Kurpatienten (Abkürzung PP) werden für die metrischen Variablen anhand des t-Tests für unabhängige Stichproben (Programm T-TEST) und für dichotome bzw. qualitative Variablen anhand des Chi-Quadrat-Tests (Programm CROSSTABS) ausgewertet (vgl. Tab. 48-49). Die hierbei implizierte Gegenüberstellung von jeweils gesamten Gruppen ist durchaus gerechtfertigt, da ja schon Parallelisierungsoperationen durchgeführt wurden. Die hier noch nicht genügend erfolgende Berücksichtigung auch von bestimmten metrischen (psychologischen und medizinischen) Ausgangsvariablen ist indessen erst Gegenstand der späteren regressionsanalytischen Auswertungen (vgl. 26).

Nicht zuletzt werden auch interindividuelle Analysen daraufhin vorgenommen, inwieweit sich innerhalb der Gruppe zusätzlich psychologisch behandelter Patienten je nach Art dieser Behandlung Unterschiede ergeben. Die entsprechenden Auswertungsverfahren, vor allem die Varianzanalysen mit dem Faktor der Behandlungsmethode, neben den Faktoren von Geschlecht und Alter, erbrachten - das sei hier schon vorweggenommen - kaum bedeutsame Unterschiede, außer in wenigen Fällen, z.B. im Körpergewicht, das zu T1 und T2 bei den Patienten mit verhaltenstherapeutischer Behandlung erhöht ist (vgl. Tab. 26). Wir konzentrieren uns daher im folgenden auf die gesamte Stichprobe der zuästzlich psychologisch behandelten Patienten, und zwar im Vergleich zur gesamten Restgruppe und zur Parallelisierungsgruppe, und gehen nur dort explizit auf interindividuelle Unterschiede im Zusammenhang mit der Behandlungsmethode ein, soweit

diese signifikant feststellbar waren (dies schließt freilich nicht aus, im Zuge der intraindividuellen Analysen erneut die Art der Behandlung zu berücksichtigen).

Um intraindividuelle Veränderungen zwischen Kuranfang und Kurende (T1-T2) sowie Kuranfang und Halbjahreskatamnese (T1-T3) zu erkunden, werden für die Patienten mit zusätzlicher psychologischer Behandlung, und zwar - soweit von den einzelnen Personen aus jeweils zwei Zeitpunkten Daten vorliegen - für die gesamte (N=29), die männliche (N=18) und weibliche (N=11) Gruppe t-Test's für abhängige Stichproben (Programm T-TEST) gerechnet (Abk. GGP, MGP, FGP). Genauso werden Veränderungen für die behandlungsspezifischen Untergruppen der zusätzlich psychologisch behandelten Patienten ermittelt, und zwar einmal für die Gruppe der überwiegend klientzentriert behandelten Patienten (N=17) und zum anderen für die zusammengefaßte Gruppe (N=12) aus kombiniert behandelten (N=7) und aus überwiegend verhaltenstherapeutisch behandelten Patienten (N=5). Diese zuletztgenannte Zusammenfassung erscheint insoweit gerechtfertigt, als in beiden Untergruppen verhaltenstherapeutische Interventionen einen Teil des Behandlungssettings bildeten und hierbei die Aufteilung der Geschlechter nicht signifikant verschieden ist. D.h., daß bei dieser Aufteilung den N=9 Männern und N=8 Frauen aus der klientzentrierten Gruppe N=9 Männer und N=3 Frauen aus der zusammengefaßten Gruppe gegenüberstehen (FISHER's exakter Test p . 22). Bei Aufteilung nach den drei verwendeten Methoden der klientzentrierten, kombinierten und verhaltenstherapeutischen Behandlung wäre die geschlechtsspezifische Differenz (in dieser Reihenfolge 9 M. und 8 F., 7 M. und 0 F., 2 M. und 3 F.) nämlich eindeutiger (Chi^2 p .05). t-Test's für abhängige Stichproben werden schließlich auch für die Parallelisierungsgruppe gerechnet (vgl. Tab. 48-52).

In den folgenden Darstellungen werden zunächst (24.2) die Ergebnisse aus den interindividuellen Unterschiedsanalysen, und zwar jeweils erst gesamtgruppenbezogen (varianzanalytische und Chi-Quadrat-Ergebnisse aus dem Vergleich der zusätzlich psychologisch behandelten und der übrigen LVA-Patienten) und dann teilgruppenbezogen (varianzanalytische

oder t-Test- sowie Chi-Quadrat-Ergebnisse aus dem Vergleich von Patienten mit verschiedenen Behandlungsmethoden im Rahmen der zusätzlichen psychologischen Behandlung und aus dem Vergleich zwischen "P"- und Parallelisierungsgruppe) dargestellt. Pro Variablenbereich wird jeweils auch angegeben, inwieweit Korrelationen zur dichotomisierten Variable der erhaltenen bzw. nicht erhaltenen psychologischen Behandlung, zur Zahl der Behandlungsstunden und zu den speziellen Items des Katamnesebogens für die therapiebedingten Veränderungen vorhanden sind (vgl. Tab. 31). Sodann (24.4) werden für die gesamte, die männliche und weibliche Gruppe sowie die beiden gebildeten behandlungsspezifischen Gruppen der zusätzlich psychologisch behandelten LVA-Patienten und die Paralle -
lisierungsgruppe die Ergebnisse aus den intraindividuellen Unterschiedsanalysen dargestellt.

24.2 Interindividuelle Unterschiede zwischen Patienten mit und ohne zusätzlicher psychologischer Behandlung in den Variablen der psychologischen Fragebogen

24.2.1 Fragebogen Einstellung zur Kur EzK, Beurteilung der Kur BdK und katamnestische Beurteilung der Kur

Wie die mehrfaktorielle Varianzanalyse (anhand der o.g. Faktoren) ergibt (Tab. 26), unterscheiden sich die Patienten, die im Laufe des Heilverfahrens eine zusätzliche psychologische Behandlung erhalten haben, in den EzK-Dimensionen nicht bedeutsam von den Patienten ohne diese Behandlung. Im Fragebogen BdK hingegen kommen dabei recht deutlich höhere Zufriedenheitswerte der Patienten mit zusätzlicher psychologischer Behandlung im Vergleich zu denen ohne diese Behandlung zum Ausdruck. Erstere erreichen auf dem 1. Faktor "Globaler subjektiver Kurerfolg bei überwieg. positiver Bewertung des eig. Gesundheitszustandes und eher zuversichtlicher Zukunftserwartung" ausgeprägtere positive Werte (Haupteff. $p \leqslant .01$). Dabei lassen sich Wechselwirkungen des Faktors mit dem Geschlecht und simultan mit diesem und dem Alter ($p \leqslant .05$) feststellen. Sie hängen mit den eher er-

höhten Werten der Patienten mit psycholog. Behandlung und den eher verringerten der weiblichen und älteren Patienten zusammen. Zusätzlich psychologisch behandelte Patienten unterscheiden sich auch auf dem 4. BdK-Faktor "Positive Bewertung psychologischer Kurmaßnahmen" (der sich nicht nur auf die Kontakte mit dem Psychologen, einschließlich der Kommunikation mit diesem im Psychologischen Interview, sondern auch auf Formen psychologischer Kurmaßnahmen, wie sie von den Angehörigen des medizinischen Personals übernommen werden, bezieht) durch positivere Einschätzungen von den Personen ohne diese Behandlung (Haupteff. $p \leqslant .05$). Keine entsprechenden Unterschiede lassen sich in den Ausprägungen des 2. und 3. Faktors ("Zufriedenheit mit der medizinischen Untersuchung und Behandlung während des Heilverfahrens", "Zufriedenheit mit erholungs- und kommunikationsfördernden Bedingungen und Maßnahmen des Kuraufenthaltes") feststellen. Es zeigen sich aber im 2. Faktor die Interaktionen G x P sowie WxBxP (p jeweils $\leqslant .05$) (u.a. wieder bei geringeren Zufriedenheitswerten der Frauen). Schließlich zeigen sich WWn ($p \leqslant .05$) mit Alter und Belastungsrating (geringere Werte der älteren, höhere der als eher belastet eingestuften) auf dem 3. BdK-Faktor. Auch in der ein halbes Jahr später abgegebenen Beurteilung der Kur finden sich positivere Werte der zusätzlich psychologisch Behandelten als der Patienten ohne diese Therapie (Haupteff. $p \leqslant .01$) sowie Interaktionen mit Geschlecht und Alter (eher wenig positive Beurteilung durch Frauen bei keinen nennenswerten Unterschieden zwischen den Altersgruppen). Auch bei der per t-Test für unabhängige Stichproben erfolgten Gegenüberstellung von zusätzlich psychologisch behandelter und Parallelisierungsgruppe finden sich positive Angaben der erstgenannten in BdK1 und BdK4 (p .042 und .001), nachdem sie aber auch schon in EzK1 eine etwas höhere Ausprägung erhalten hatte (p .033; vgl. Tab. 49). In korrelationsanalytischer Hinsicht wird deutlich, daß die Erwartung der Entlastung von alltäglichen Anforderungen und von Aussprache und Kontakt (EzK2) mit der Zahl der Behandlungssitzungen (r.58, $p \leqslant .05$) einhergeht, während die Erwartung

"natürlicher" Heilmaßnahmen eher in negativer Beziehung dazu steht (r -.44, p $\leqslant$ .05). Auch zeigt sich, daß die globale Kurerfolgseinschätzung (BdK1) mit drei der im Katamnesebogen aufgenommenen sieben speziellen Items zur Veränderung infolge der psychologischen Behandlung("weiß eher, was ich will und kann", r .42; "mehr Sinn", r .47; "mehr Selbstvertrauen", r .52; p jeweils $\leqslant$ .05) signifikant korreliert. Die zusätzliche psychologische Behandlung geht mit einer zunehmenden Dauer des subjektiven Nutzens aus der Kur einher (r .25), wie diese Dauer,aber auch die globale katamnestische Kurerfolgsbeurteilung bei den zusätzlich psychologisch behandelten Patienten mit fast allen der darauf bezogenen speziellen Items um .50 korreliert.

24.2.2 Fragebogen zur Erfassung subjektiver Krankheitskonzepte und Behandlungsvorstellungen KKB

Zu Anfang und Ende des Heilverfahrens, jedoch nicht mehr in der Katamnese, finden sich in varianzanalytischer Hinsicht bedeutsame Haupteffekte im 1. KKB-Faktor "Seelische und psychosoziale Probleme und Psychotherapie" mit höheren Werten der zusätzlich psychologisch behandelten Patienten (p $\leqslant$ .01). Umgekehrt präferieren diese weniger das Konzept "Stress und Schonung" (KKB2); ein Haupteffekt (p $\leqslant$ .05), der allerdings nur zum Kurende zu sichern ist. Bedeutsame Interaktionen mit anderen Gruppeneinteilungsfaktoren (p jeweils $\leqslant$ .05) lassen sich lediglich in KKB4 ("Belastende und unbefriedigende Arbeitssituation und Hilfe zur vermehrten Zufriedenheit") mit dem Alter (bei tendenziell erhöhten Werten der jüngeren und zusätzlich psychologisch behandelten Patienten) an T1 und in KKB3 ("Körperleiden und Organmedizin") mit dem Kurwiederholungsfaktor (bei tendenziell höheren Werten der Kurwiederholer und psychologisch Behandelten) an T2 feststellen. Beim "P-PP"-Vergleich finden sich die genannten Unterschiede in KKB1 zu T1 und T2 ebenfalls (p .024 und .009). KKB1 korreliert darüber hinaus, von T1 aus gesehen, mit der globalen im Katamnesebogen vorgenommenen Einschätzung der psychologischen Behandlung

"als hilfreich" (r .44, p $\leqslant$ .05), von T3 aus gesehen, mit dem ebenfalls dort enthaltenen Item "Im Umgang mit anderen Menschen bin ich ruhiger geworden" (r .47, p $\leqslant$ .05). Hingegen finden sich negative Korrelationen zwischen dem Krankheitskonzept "Körperleiden und Organmedizin" (KKB3) und mehreren der speziellen auf die psychologische Behandlung bezogenen Veränderungsitems, im einzelnen zwischen KKB3 von T2 aus mit "weiß eher, was ich will und kann" (r -.49), "im Umgang mit anderen ruhiger" (r -.50), "mehr Sinn" (r -.54) und der eingeschätzten Nutzendauer (r -.42); außerdem zwischen KKB3 von T3 aus mit "mehr Sinn" und Nutzendauer (r -.43 und -.66, p jeweils $\leqslant$ .05, letztgenanntes r $\leqslant$ .001).

24.2.3 Fragebogen Hypochondrie und Gesundheitsverhalten HG

Es ist auffallend, daß in den mit diesem Fragebogen erfassten Variablen aus den Varianzanalysen keine statistisch zu sichernden Haupteffekte aufgrund des Faktors "P" (G-A-W-B-P-Design) hervorgehen - mit lediglich einer Ausnahme:In HG3, "Starke Beachtung von Krankheitsanzeichen", sind zu T1 die Ausprägungen der Patienten mit zusätzlicher psychologischer Behandlung verringert (Haupteff. p $\leqslant$ .05). Im G-A-BA-BT-P-Design fällt dieser Haupteffekt aber unter die Signifikanzgrenze. Allerdings interagiert der vorliegende Behandlungsfaktor "P" mehrfach mit anderen Faktoren, so zum 1. Termin mit Geschlecht und Kurwiederholung (GxWxP) in HG2 und HG2 (Risikovermeid., Beacht.v.Krankh.anz.), was sich zum 3. Termin noch in HG2 mit dem Geschlecht fortsetzt (p jeweils $\leqslant$ .05) und mit etwas erhöhten Werten von Frauen und Kurwiederholern sowie in HG2 praktisch gleichen und in HG3 verringerten Werten der zusätzlich psychologisch behandelten im Vergleich zu den nicht entsprechend behandelten Patienten zusammenhängt. Es findet sich im varianzanalytischen Design noch eine GxP- und AxP-WW in HG4 (Misstr.geg. eig.Körp.), und zwar zum Kuranfang, sowie - zum Kurende - wiederum mit dem Alter, außerdem in HG4 wie auch HG3 mit dem Belastungsrating (p $\leqslant$ .05). Zu T3 finden sich nur noch

in HG1 (Mißtr.geg.Arzte u. Therap.) Interaktionen, einmal mit dem Alter und zum anderen (als 3Weg-WW) mit Geschlecht und Kurwiederholung (p jeweils $\leqslant$ .01). In diese Wechselwirkungen gehen u.a. die eher "vermehrt hypochondrischen" Werte älterer und weiblicher Patienten und die verminderten bzw. unterschiedlosen Ausprägungen der Patienten mit P im Vergleich zu denen ohne P ein. In der P-PP-Gegenüberstellung zeigt sich ein etwas verringertes "Mißtrauen gegenüber Ärzten und Therapien" (HG1) zu T1 bei den zusätzlich psychologisch behandelten Patienten (p .033). Mit einer zunehmenden Krankheitszeichenbeachtung (HG3, T3) geht eine abnehmende Dauer des subjektiven Nutzens aus der psychologischen Behandlung einher (r .46, p $\leqslant$ .05).

24.2.4 Freiburger Persönlichkeits-Inventar FPI und Buchinger Persönlichkeits-Inventar BPI

Varianzanalytisch finden sich im FPI zum Kuranfangstermin erhöhte Neurotizismusausprägungen der Patienten mit zusätzlicher psychologischer Behandlung (Haupteff. p $\leqslant$ .05; im G-A-BA-BT-P-Design mit p $\leqslant$ .001), die zum Kurende- und Katamnesetermin jedoch nicht mehr statistisch bedeutsam erhöht sind. Zu T3 stellt sich außerdem noch ein Haupteffekt (p $\leqslant$ .05) in der Offenheitsskala des FPI heraus, wobei sich die zusätzlich psychologisch behandelten Personen als offener als die Patienten ohne "P" beschreiben. Der P-Faktor interagiert zu allen drei Erhebungszeitpunkten in FPIE (Extrav.) mit Alter und Geschlecht (p $\leqslant$ .05), ferner zu T1 in FPI9 (Offen.) mit Geschlecht und Alter , sowie zu T2 in FPI2 (Aggr.) jeweils simultan mit diesen beiden Faktoren (p $\leqslant$ .05) sowie mit Alter und Belastungsrating (p $\leqslant$ .01), wobei u.a. die bekannten geschlechts- und altersabhängigen Ausprägungen und die kaum unterschiedenen Werte aufgrund des P-Faktors (z.B. FPI9 zum Kuranfang) eine Rolle spielen.

Was die Ergebnisse im BPI betrifft, so fällt auf, daß die Patienten, die im Laufe des Heilverfahrens eine zusätzliche psychologische Behandlung erhalten haben, zum Kuranfang in einigen Skalen "gestörtere" Ausprägungen zeigen, was sich

zum Kurende nicht mehr, zum Teil tendenziell sogar in umgekehrter Richtung, beobachten läßt. Die dementsprechenden auf den 1. Termin beschränkten, Haupteffekte betreffen die Skalen 2 "Erregbarkeit" ($p < .01$), 3 "Nervosität" ($p < .05$), 4 "Depressivität" und 5 "Intimbereich" (p jeweils $< .05$). Im G-A-BA-BT-P-Design bleibt der Haupteffekt in BPI5 (Int.) allerdings in diesem Sinne auch zum Kurende erhalten. Wechselwirkungen zeigen sich mit den Faktoren Kurwiederholung und Belastungsrating ($p < .01$; $< .05$) sowie - simultan - mit Alter und Belastungsrating ($p < .01$) in BPI3 (Nerv.) bei höheren Ausprägungen der älteren und als eher belastet eingeschätzten, und verminderten Ausprägungen der kurwiederholenden Patienten, weiterhin (als 3Weg-WW) mit Geschlecht und Alter ($p < .05$) in BPI5 (Lüg.), Kurwiederholung und Belastungsrating in BPI6 (Int.), jeweils zum Kuranfang, während sich zum Kurende(mit p jeweils $< .05$) die Interaktionen GxAxP, AxBxP und WxBxP in der Nervositätsskala und GxWxP in der Depressivitätsskala (u.a. mit tendenziell günstigeren Werten der psychologisch behandelten und kurwiederholenden sowie weniger günstigen Werten älterer, weiblicher und als belastet eingestufter Patienten) abzeichnen. Die genannten Unterschiede in FPI und BPI ergeben sich - außer bei BPI3 - auch beim Vergleich der zusätzlich psychologisch behandelten Patienten mit der Parallelgruppe. Auch zusammenhangsanalytisch werden die genannten Resultate zumindest teilweise sichtbar. Die zusätzliche psychologische Behandlung korreliert schwach mit der Offenheitsskala des FPI, und zwar zu T3 (r .18), während - innerhalb der P-Gruppe - die zu T1 gegebenen Ausprägungen in der Depressivitätsskala des BPI mit der Zahl der Behandlungssitzungen korrelieren (r jeweils .39, $p < .05$). Die zu T1 und T2 gegebenen Werte in der Offenheitsskala des FPI gehen mit der katamnestisch gegebenen Beurteilung der Nutzendauer aufgrund der psychologischen Behandlung einher (r .48 und .42; von T1 aus gesehen auch mit "mehr Sinn", r .47, p jeweils $< .05$). Dies zeigt sich (wegen der unterschiedlichen Polung als Negativkorrelation) auch für die BPI-Lügentendenzskala von T1 und T2 (r jeweils -.48; ebenfalls mit Nutzendauer, r-T1 -.42; r-T2 -.48,

und zusätzlich mit "mehr Selbstvertrauen"; r-T1 -.45; p jeweils $\leqslant$ .05). Weitere diesbezügliche Korrelationen: BPI2 (Err.) aus T2 und Dauer des subjektiven Nutzens r.43; BPI4 (Depr.) aus T1 und "Aussprache hilfreich"r.45, BPI4 aus T2 und Dauer des subjektiven Nutzens r.43, BPI5 (Int.) aus T2 und"im Umgang mit anderen ruhiger" - negativ - r -.47 (p jeweils $\leqslant$ .05).

24.2.5 Freiburger Beschwerdenliste FBL

Es fällt auf, daß bei den Patienten, die eine zusätzliche psychologische Behandlung erhalten haben, zum Katamnesetermin geringere Beschwerdenausprägungen vorliegen (Haupteff. p $\leqslant$ .05), während sich zum Kuranfangs- und Kurendetermin noch kein entsprechender Haupteffekt statistisch sichern ließ. Signifikante Wechselwirkungen ergeben sich einmal mit dem Geschlecht und zum anderen mit dem Belastungsrating zum Kurendetermin (p $\leqslant$ .05). Auch im "P-PP-Vergleich" liegen die Beschwerdenausprägungen der Parallelgruppe zu T3 höher (p .029). Schwache signifikante Korrelationen zeigen sich zwischen der zusätzlichen psychologischen Behandlung und den zu T3 gegebenen (verminderten) FBL-Werten (r .19, p $\leqslant$ .05).

24.2.6 Adjektivskalen zur Einschätzung der Stimmung SES

In den Stimmungsskalen finden sich zu den verschiedenen Untersuchungszeitpunkten, mit Ausnahme von Werten in Richtung vermehrter "Aktiviertheit" (SES3) zum Kuranfang (Haupteff. p $\leqslant$ .05) bei den zusätzlich psychologisch behandelten Patienten, keine bedeutsamen varianzanalytischen Haupteffekte aufgrund des "P"-Faktors. Allerdings erscheinen zahlreiche Interaktionen zwischen P und anderen Faktoren, so in der "Mißstimmung" (SES2) als GxWxP (p $\leqslant$ .05), GxBxP, AxBxP, WxBxP (p jeweils $\leqslant$ .001) zum 1. Termin, als WxP, WxBxP zum 2. und AxP (p jeweils $\leqslant$ .05) zum 3. Termin; in der "Aktiviertheit" (SES3) als GxWxP und AxWxP zum 1.,

als GxAxP (p jeweils $<$ .05) und WxBxP (p $<$ .01) zum 2. Termin; in der "Gedrückten Stimmung" (SES4) als WxP, GxBxP, AxBxP und WxBxP (p jeweils $<$ .001) zum 1. Termin (bei keinen WWn zu den anderen Terminen); in der "Trägheit" (SES5) als GxP (p $<$ .05), BxP, GxBxP (p jeweils $<$ .01), AxBxP und WxBxP (p jeweils $<$ .001) zum 1. Termin; in der "Müdigkeit" (SES6) als AxP und WxB (p jeweils $<$ .05) zum 1. und BxP, GxBxP (p jeweils $<$ .05) und WxBxP (p $<$ .01) zum 2. Termin. P-PP-Unterschiede finden sich in den SES-Variablen nicht in signifikanter Weise. Dagegen sind etliche Beziehungen zwischen SES-Variablen und den katamnestisch beantworteten speziellen Items zur Veränderung aufgrund der zusätzlichen psychologischen Behandlung signifikant . So geht zu T1 noch eine eher verminderte "Aktiviertheit" (SES3) mit "mehr Sinn" (r -.61, p $<$ .001) einher, während sich zu T2 diese Beziehung in eine gleichsinnige verändert (r .42, p $<$ .05). Darüber hinaus korreliert SES3 aus T2 auch mit "weiß eher, was ich tun will und kann" (r .44), mit "im Umgang mit anderen ruhiger" (r .42) und "mehr Selbstvertrauen" (r .47), zu T3 mit "Aussprache hilfreich" (r .42) und erneut mit "mehr Selbstvertrauen" (r .46). Die letztgenannten beiden Beziehungen ergeben sich - von T2 aus - auch für die dritte Variable der bekannten Trias (aus SES1, 3, 7), nämlich für die "Ausgeglichene Stimmung" (SES7; bei r .42 und .44), nachdem zu T1 ebenfalls negative Beziehungen mit "mehr Sinn" (r -.44) vorausgegangen waren. Auch die erste Skala jener (faktorenanalytisch ermittelten)Dreierkombination, die "Gehobene Stimmung" (SES1), zeigt zu T3 eine signifikante Korrelation mit dem Item "mehr Sinn" (r .48, p jeweils $<$ .05).

24.2.7 Fragebogen zur Erfassung subjektiver psychosozialer Belastungen im Zusammenhang mit Ehe, Familie und Beruf BFB

In keiner der vier BFB-Dimensionen lassen sich in varianzanalytischer Hinsicht statistisch zu sichernde Unterschiede zwischen den zusätzlich psychologisch und nicht entsprechend behandelten Patienten erkennen. Allerdings ist

festzustellen, daß die Patienten mit dieser Behandlung zum Kuranfang in drei Variablen (BFB1 Bel.i.Z.m.Ehe, BFB3 Unzufr.Arb., Koll.,Bez., BFB4 Bel.i.Z.m.Ki.) tendenziell erhöhte, jedoch zum Kurende- und Katamnesetermin tendenziell verringerte Belastungsausprägungen aufweisen (vgl. Tab. 49 bis Tab. 52). Was die Wechselwirkungen betrifft, so zeigt sich, daß der P-Faktor zum Kurendetermin in BFB2 und BFB3 mit dem Alter und in BFB4 mit dem Geschlecht sowie zum Katamnesetermin in BFB1 gleichzeitig mit Geschlecht und Belastungsrating und in BFB3 mit Kurwiederholung interagiert (p jeweils $\leqslant$ .05, bei etwas höheren Werten der Frauen, deutlicher erhöhten der als vermehrt belastet eingeschätzten Patienten und kaum unterschiedenen Ergebnissen aufgrund des Alters- und Wiederholungsfaktors). Auch der Vergleich von Behandlungs- und Parallelgruppe erbringt keine bedeutsamen Unterschiede (vgl. Tab. 48). In zusammenhangsanalytischer Hinsicht ergibt sich, daß zwischen der zusätzlichen psychologischen Behandlung und jeweils eher verminderten Ausprägungen in den folgenden BFB-Variablen bedeutsame Beziehungen bestehen: mit kinderbezogener Belastung (BFB4) zu T1, mit der arbeitsbezogenen Beanspruchung und Überforderung (BFB2) zu T2 und mit der arbeitsbezogenen Unzufriedenheit (BFB3) zu T3 (r .19, .17 und .20, p jeweils $\leqslant$ .05).

24.2.8 Einschätzung der Patienten durch den Gruppenarzt und die Gruppenbetreuerin (Arzt- und Betreuerin-Rating)

Diejenigen Patienten, die eine zusätzliche psychologische Behandlung erhalten haben, werden (G-A-W-B-P-Design) von ihrem Gruppenarzt als etwas positiver hinsichtlich Kurerfolg und Prognose beurteilt und als vermindert psychosomatisch gestört angesehen (Arztr. 1 und 2, Haupteff. jeweils p $\leqslant$ .05). In diesen beiden Variablen finden sich Wechselwirkungen, und zwar GxAxP (im Arztr. 1) und GxP, GxWxP (p jeweils $\leqslant$ .05), BxWxP (p $\leqslant$ .01) und GxAxWxP (p $\leqslant$ .05; im Arztr. 2). Im Betreuerinrating ergeben sich

keine signifikanten Haupteffekte; hier ist lediglich eine WW (GxAxWxP; bei eher weniger positiven Beurteilungen von Frauen und Kurwiederholern und eher positiven Einschätzungen der Älteren und psychologisch Behandelten) festzustellen.

24.3 Interindividuelle Unterschiede zwischen LVA-Kurpatienten mit und ohne zusätzlicher psychologischer Behandlung in Variablen des Anamnestischen Erhebungsbogens, des Katamnestischen Erhebungsbogens und des Psychologischen Interviews sowie in medizinischen Variablen

In den Variablen des Anamnestischen Erhebungsbogens finden sich praktisch keine bedeutsamen Differenzen zwischen zusätzlich psychologisch und nicht dementsprechend behandelten Patienten. Bei der Unterscheidung aufgrund der vorherrschenden Therapiemethode zeigen sich einige wenige bedeutsame Differenzen, z.B. in der weniger häufigen Schichtarbeit der klientzentriert Behandelten. Größtenteils kommen hier aber die Geschlechtsunterschiede zum Ausdruck, die ja bei Aufteilung von drei Behandlungsgruppen eine signifikante Rolle spielen (vgl. Tab.23,48).Im Katamnestischen Erhebungsbogen deutet sich - neben den bekannten Unterschieden in der katamnestischen Kurerfolgsbeurteilung - an, daß die zusätzlich psychologisch behandelten Kurpatienten im Vergleich zu den nicht dementsprechend behandelten eine längere Dauer der Beibehaltung der auf der Kur erlernten Entspannungsübungen angeben (Chi^2 p .053), außerdem die während des Kurnachhalbjahrs auftretenden Lebensereignisse im familiären Bereich als weniger unangenehm und belastend bewerten (Haupteff. p - zur Auswertungsstrategie 3, ohne Einschluß der Nullwerte - $\leqslant$ .05) und eine vermehrt zuversichtliche Erwartung bezüglich ihrer beruflichen Zukunft äußern (Haupteff. p $\leqslant$ .001), wie sie allerdings auch eine geringere Anzahl erholungsgenutzter Stunden angeben (Haupteff. p $\leqslant$ .01).

Beim Mittelwertvergleich der Werte von zusätzlich psychologisch behandelter Gruppe und Parallelisierungsgruppe

zeigen sich die in varianzanalytischer Hinsicht deutlich gewordenen Differenzen ebenfalls (p meistens $\leqslant$ .05, bei der Zuversicht bezüglich des Berufes .004), zusätzlich noch in der Dauer des Schwimmens, die bei der erstgenannten Gruppe größer ist (p .032, tendenziell auch die Häufigkeit, p .086).

An dieser Stelle ist noch der Hinweis auf die Ausprägungen der im Katamnesebogen enthaltenen und von den zusätzlich psychologisch behandelten LVA-Kurpatienten beantworteten speziellen 7 Items zur Veränderung aufgrund dieser Behandlung angebracht, die zum größten Teil Gelassenheit und Optimismus repräsentieren (vgl. ZIELKE 1978, S. 102). Die Ausprägungen liegen etwa um die dritthöchste der vier möglichen Ausprägungen auf der verwendeten LIKERT-Skala (um "ziemlich"), bei der speziellen Frage nach der Dauer des Nutzens aus dieser Behandlung wird mit einem Mittelwert von 3.45 sogar ein Wert in der Nähe von "bis heute" erreicht (vgl. Tab. 1). Untereinander korrelieren die sieben Items um r .50; lediglich das Item "ich fühle mich weniger gehetzt" nimmt eine eher unabhängige Stellung ein.

Einige Unterschiede treten im (zu T1 durchgeführten) Psychologischen Interview hervor. Die Kurpatienten mit zusätzlicher psychologischer Behandlung kennzeichnen sich hier gegenüber den übrigen ohne diese Behandlung durch vermehrt unangenehme und belastende Lebensereignisse (bei Einschluß der Nullwerte) im familiären Bereich (Chi^2 p .026 und .001), auch durch erhöht unangenehm-ärgerliche life events im wirtschaftlichen Bereich (Chi^2 p .039), außerdem durch eine positivere Nutzeneinschätzung bezüglich der psychologischen Untersuchungen und Gespräche (Haupteff. p $\leqslant$ .001) sowie eine als vermehrt unglücklich eingeschätzte Kindheit (Haupteff. p $\leqslant$ .05). In den zu den FE vorgenommenen Kategorienbildungen findet sich häufiger die Erwähnung des eigenen Vaters und der eigenen Mutter (Chi^2 p .002 und .037), seltener das Thema Aggressivität (Chi^2 p .045) und im Zusammenhang mit Aktivität-Passivität seltener eine "neutrale" Angabe (Chi^2 p .047). Auch er-

geben sich P-Haupteffekte in Variablen der Untersuchereinschätzung, wonach die zusätzlich psychologisch behandelten Patienten eher soziopsychosomatische Zusammenhänge wahrnehmen und eine vermehrte Selbstexploration erreichen (Haupteff. $p < .01$ und $< .05$), außerdem als belasteter und ängstlicher erscheinen (Chi^2 p .000). Beim Vergleich von psychologischer Behandlungs- und Parallelgruppe (t-Test) ergeben sich zwar auch die bereits erwähnten varianzanalytischen Differenzen bezüglich der Untersuchereinschätzung zu Selbstexploration und psychosomatischer Eigenwahrnehmung der Patienten (p .014 und .005), ebenso hinsichtlich der von diesen als "glücklich" bzw. "unglücklich" eingeschätzten Kindheit sowie der Erwähnung der eigenen Mutter in den Kindheitserinnerungen (Chi^2 p .047). Dagegen kehren die unmittelbar belastungsrelevanten Differenzen aus dem Vergleich der Behandlungsgruppe und der gesamten Restgruppe nicht wieder, was als Resultat der Parallelisierungsprozeduren zu werten ist.

Im Hinblick auf die medizinischen Variablen finden sich lediglich diejenigen Haupteffekte, wonach die Patienten mit zusätzlicher psychologischer Behandlung zum Kuranfang höhere pdR- und BKS-Werte als die Patienten ohne diese Behandlung erreichen. Innerhalb dieser Gruppe findet sich bei der Kontrolle der Geschlechts- und Alterseffekte (G-A-P-Design) ein höheres Körpergewicht der mit verhaltenstherapeutischen Methoden behandelten Patienten, und zwar zum 1. und 2. Erhebungstermin (Haupteff. $p < .05$), nicht mehr jedoch zum 3. Erhebungstermin.

Noch ein Blick auf die Korrelationen im Kontext von Anamnese- und Katamnesebogen, Interview und medizinischen Variablen: Zunächst ist festzustellen, daß sich die referierten interindividuellen Unterschiede zwischen der Gruppe der zusätzlich psychologisch behandelten und der nicht dementsprechend behandelten Patienten in signifikanten Korrelationen der dichotomisierten Variable nach der erhaltenen bzw. nicht erhaltenen Behandlung ebenfalls niederschlagen, und zwar mit den drei (mit dem Anamnesebogen erfaßten)

Variablen des Geschlechts (r .17), der abgeschlossenen Berufsausbildung (r .38), dem Volksschulbesuch des Vaters (r .20), weiterhin mit der katamnestischen Kurerfolgsbeurteilung (r .25) und den folgenden weiteren im Katamnesebogen enthaltenen Fragen: der - eher verneinten - zu der Arbeitslosigkeit (r .29), der zur - eher verminderten - Häufigkeit der Krankenhausaufenthalte im Kurnachhalbjahr (r .31) der zur vorherrschenden - eher als körperliche Betätigung angegebenen - Form der Freizeitgestaltung (r .29), der - eher verneinten - zur Häufigkeit der Konsultation von Psychiatern, Psychologen usw. (r .23), den Items zu - eher weniger unangenehmen und belastenden - Lebensereignissen im familiären Bereich (r .20 und .19) und im beruflichen Bereich (r .18 und .17) sowie der Frage zur Zuversicht bezüglich der berufsbezogenen Zukunft (r .17). Schließlich steht die Behandlungsvariable mit der im Psychologischen Interview vom Untersucher eingeschätzten Mitteilsamkeit bezüglich intimer Bereiche (r .17) in Beziehung (p bisher jeweils zwischen $<$ .05 und $<$ .001).

Von Kennwerten des Anamnestischen Erhebungsbogens korreliert die Sitzungszahl der zusätzlichen psychologischen Behandlung mit der eher verminderten Dauer der täglichen Arbeitszeit (r .52) und der eher bejahten Schichtarbeit (r .54, p jeweils $<$ .01), außerdem mit der Zahl der täglichen Schlafstunden und der eher verminderten Einnahme von Schlaftabletten. Der Besuch der (eher abgeschlossenen)Volksschule korreliert mit den Items des Katamnesebogens "weiß eher, was ich will und kann" und "mehr Selbstvertrauen" (r jeweils . 42), während die "zu schwere oder anstrengende" Arbeit als Stellenwechsel Grund im bisherigen Arbeitsleben mit den Kennwerten "im Umgang mit anderen ruhiger" (r .50) und "mehr Selbstvertrauen" einhergeht (r .62). Mit mehreren dieser speziellen Veränderungsitems korreliert die Häufigkeit der Krankmeldungen in den beiden Kurvorjahren, so mit "weniger gehetzt" (r .55), "im Umgang mit anderen ruhiger" (r .47) und "mehr Selbstvertrauen" (r .50), wie auch die Dauer dieser Fehlzeiten mit "weiß eher, was ich will und kann" (r .52) und "weniger gehetzt" (r.43)

zusammenhängt. Das Item "mehr Sinn" steht mit der Angabe, nicht ohne Vater aufgewachsen zu sein, im Zusammenhang (r .51). Die eher verneinende Beantwortung auf die Frage nach dem Gefühl, morgens ausgeschlafen zu sein, steht in einer Beziehung mit der allgemeinen Einschätzung der psychologischen Behandlung als hilfreich (r .43), mit "mehr Sinn" (r .43) und "mehr Selbstvertrauen" (r .64), wie auch der (anamnestisch ermittelte) Raucherstatus mit "im Umgang mit anderen ruhiger" (r .62) und "mehr Sinn" (r .45) korreliert. Nicht zuletzt sind es einige Items zum - häufiger eher verminderten - Medikamentenkonsum, die mit Items zur psychologischen Behandlung zusammenhängen, außerdem die Beurteilung der Lebensführung als (eher nicht) gesund, die mit der Einschätzung der Behandlung als hilfreich kovariiert (r .63).

Vom Katamnesebogen sind es die Häufigkeit der Morgengymnastik und die Einschätzung der psychologischen Behandlung als hilfreich, die mit der Sitzungszahl zusammenhängen (r .46 und .51). Von den speziellen Veränderungsitems sind es "weniger gehetzt" und "im Umgang mit anderen ruhiger", die systematisch mit der Zuversicht bezüglich der Beziehungen zu anderen Menschen (r .43 und .42) kovariieren, während die eingeschätzte Nutzendauer mit der familienbezogenen Zuversicht einhergeht (r .43). Nicht zuletzt korreliert "mehr Selbstvertrauen" mit dem katamnestisch ermittelten eher geringeren Körpergewicht (r -.46).

Vom Psychologischen Interview sind es mehrere Merkmale, mit denen die Sitzungszahl zusammenhängt, und zwar mit - zunehmender - Selbstunzufriedenheit (r .41), mit - zunehmender - Attribuierung eines Nutzens an die psychologischen Untersuchungen und Gespräche (r .37), weiterhin mit den Untersuchereinschätzungen bezüglich Mitteilsamkeit (Soziales und Intimes, r .49 und .38), Selbstexploration (r .46), psychischer Belastung (r .38), schließlich mit der - eher vorkommenden - Erwähnung der Mutter in den frühen Kindheitserinnerungen (FE, r .52) und der affektiven Tönung der auf die Kindheit bezogenen Schilderungen

und Bewertungen (eher in Richtung negativ, r .52). Die speziellen, auf die Veränderungen infolge der zusätzlichen psychologischen Behandlung bezogenen Items des Katamnesebogens stehen mit folgenden Kennwerten aus dem Psychologischen Interview in Beziehung: die Angaben zu "weniger gehetzt" mit eher wenig belastenden Lebensereignissen im wirtschaftlich-finanziellen Bereich (r -.52), diejenigen zu "mehr Sinn" mit den eher unangenehm-belastenden Ereignissen im "sonstigen" Bereich (r .52 und .53), diejenigen zu der Bewertung der psychologischen Behandlung als hilfreich, zu "ruhiger im Umgang mit anderen" und zu "mehr Sinn" jeweils mit der im Interview ermittelten eher höheren Nutzeneinschätzung (r .64, .50 und .45); weiterhin die Angaben zur Einschätzung der Behandlung als "hilfreich" mit der vom Untersucher empfundenen Sympathie (r .46) und der von diesem gerateten Belastung (r .46), die Angaben der Patienten zu "mehr Sinn" mit der - eher vorkommenden - Erwähnung der Mutter in den FE (r . 45), ferner die Angaben zu "im Umgang mit anderen ruhiger", "mehr Sinn", "mehr Selbstvertrauen", und zur Dauer des Nutzens mit der - eher vorkommenden - Erwähnung der Mutter in den FE (r .44, .54, 41 und .41), "mehr Selbstvertrauen" auch mit dem FE-Item "Strafe ohne direkten Bezug auf Bezugspersonen" (r .44). Schließlich sind es die Angaben zur Bewertung der Behandlung als "hilfreich" und zum Item "weiß eher was ich will und kann", die mit dem in den FE enthaltenen Konflikt der Bezugspersonen einhergehen (r .56 und .54; hier im Gegensatz zum sonstigen N der verwendbaren Daten von Katamneseteilnehmern = 22 ein N = 14), während die Angaben zur Dauer des Nutzens mit dem in den FE eher nicht vorkommenden Thema Entbehrung und Einschränkung (r -.42) und die Angaben zu "mehr Selbstvertrauen" mit dem eher gegebenen Vorkommen von Geschiwstern in den FE (r .42) zusammenhängen.

Was schließlich die Beziehungen zwischen den im vorliegenden Zusammenhang herangezogenen Kennwerten zur zusätzlichen psychologischen Behandlung und den medizinischen Variablen betrifft, so ist festzustellen: Die Zahl

der Behandlungsstunden steht in negativer Beziehung zum Körpergewicht aus T1 und T2 (r -.53 und -.49, was der geringeren Sitzungszahl bei den eher verhaltenstherapeutisch behandelten Personen mit Übergewichtsproblemen häufig entspricht). Was die speziellen, auf die Veränderung aufgrund der psychologischen Behandlung bezogenen Items angeht, so stehen sie auch mit einigen medizinischen Kennwerten in Beziehung. So korreliert "mehr Selbstvertrauen" nicht nur mit dem zu T3 festgestellten eher abnehmenden Körpergewicht, wie wir bei der Durchsicht der Beziehungen zu den weiteren Merkmalen des Katamnesebogens gesehen hatten, sondern ebenso auch mit dem schon zu T1 und T2 ermittelten Körpergewicht (r -.52 und -.48). Der zum Kurende erreichte - eher verminderte - diastoloische Blutdruck korreliert (negativ) mit der Bewertung der psychologischen Behandlung als "hilfreich" (r -.60) und der Einschätzung der Nutzendauer (r -.48); "im Umgang mit anderen Menschen ruhiger" steht mit dem ebenfalls zum Kurende festgestellten Puls auch in negativer Beziehung (r -.60). Die zum Kuranfang ermittelten Harnsäurewerte gehen mit den Angaben zu "im Umgang mit anderen ruhiger" und "mehr Sinn" sowie der Nutzendauer einher (r .53, .48, .42). Die Angaben zu "mehr Sinn" stehen darüber hinaus mit weiteren Variablen in Beziehung, so mit (eher zunehmenden Erythrocyten und γ-GT-Werten in der Erstprüfung (r .56 und .48) und (nun eher abnehmenden) in der Nachprüfung (r -.47), während sich im Zusammenhang mit den Blutsenkungswerten sowohl aus der Erst- als auch aus der Nachprüfung positive (und nicht zu T1 positive und T2 negative) Korrelationen ergeben (Erstprüfung r -.43 und -.42 - N=22 -, Zweitprüfung r -.85 und -.74, wegen N=nur 5 jedoch nicht mehr ganz signifikant). Waren bei den Teilnehmern der Nachprüfung (N=5) die BKS-Werte (1. St.) eher höher, dann geben sie in der Katamnese darüber hinaus auch eher an, sich "weniger gehetzt" zu fühlen (r .93). Mit den γ-GT-Werten zur Erstprüfung korreliert die Beantwortung von "weiß eher was ich will und kann" (r .47), mit der Bewertung der psychologischen Behandlung als hilfreich die zu

T1 gemessenen Leukocyten (alle genannten r mit p-Werten meistens $\leqslant$ .05).

24.4 Intraindividuelle Veränderungen in einzelnen Variablen während und nach dem Heilverfahren bei LVA-Kurpatienten mit zusätzlicher psychologischer Behandlung und vergleichbaren LVA-Kurpatienten ohne zusätzlicher psychologischer Behandlung

24.4.1 Variablen der psychologischen Fragebogen

24.4.1.1 Fragebogen zur Erfassung subjektiver Krankheitskonzepte und Behandlungsvorstellungen KKB

Veränderungen finden sich für die zusätzlich psychologisch behandelten Patienten vor allem in den Konzepten "Stress und Schonung" (KKB2, p GGP.000, MGP .003, FGP .031) und "Körperleiden und Organmedizin" (KKB3, p GGP .026, MGP .020, FGP - nicht signifikant - .343) zum Kurende, und zwar als verminderte Zustimmung zu diesen beiden Konzepten, was sich auch in der katamnestischen Untersuchung hinsichtlich "Stress und Schonung" als recht stabil herausstellt (p GGP .000, MGP .012, FGP .017). Die gleichen Unterschiede zwischen Kuranfang und Kurende bzw. Katamnese ergeben sich auch für die Parallelisierungsgruppe (p T1-T2 .004 und .007, T1-T3 .063 und .011).

24.4.1.2 Fragebogen Hypochondrie und Gesundheitsverhalten HG

Zusätzlich psychologisch behandelte Patienten der Gesamt- und der Männergruppe erreichen zu T2 eine vermehrte Risikovermeidungstendenz (HG2, p GGP .026, p MGP .041),wie sich auch eine gestiegene Beachtung von Krankheitsanzeichen für die männlichen Patienten zeigt (HG3, p MGP .015). Gleichwohl schildern sich die psychologisch behandelten Kurpatienten, und zwar sowohl der Gesamtgruppe wie der Geschlechtsgruppen, zum Ende des Heilverfahrens als weniger mißtrauisch gegenüber dem eigenen Körper (p GGP .000, MGP .004, FGP .011). Von diesen eben genannten Veränderungen

in den HG-Variablen erweist sich allerdings nur diejenige im Sinne vermehrter Risikovermeidung der Männer in der Katamnese noch als stabil (p MGP .028). Unterschiedliche Veränderungen bei den gesprächstherapeutisch (klientzentriert) und anderweitig (gesprächstherapeutisch und/oder verhaltenstherapeutisch) behandelten Patienten finden sich insoweit, als sich die ersteren zum Kurende als weniger mißtrauisch gegenüber Ärzten und Therapien beschreiben (HG1, P .055), worin sich für die zweitgenannte Untergruppe indessen keine bedeutsamen Veränderungen ergeben. Bei den intraindividuellen Vergleichen für die Parallelisierungsgruppe lassen sich außer einem katamnestisch feststellbaren verminderten "Mißtrauen gegenüber Ärzten und Therapien" keine bedeutsamen Veränderungen sichern.

24.4.1.3 Freiburger Persönlichkeits-Inventar FPI

Veränderungen ergeben sich einmal zum Kurende, und zwar in der Weise, daß sich die zusätzlich psychologisch behandelten Frauen als vermehrt aggressiv und zugleich vermehrt offen (FPI2, p .020, FPI9, p .056) beschreiben, während sich die Offenheitswerte der männlichen Patienten mit zusätzlicher psychologischer Behandlung eher verringern (p .015). Für die Gesamtgruppe der zusätzlich psychologisch behandelten Patienten gilt, daß sie sich zum Kurende (p .012), sodann aber auch zur Halbjahreskatamnese (p .019) als vermehrt extravertiert schildert (eine Veränderung, die sich auch bei der Aufteilung nach dem Geschlecht noch bei den Frauen signifikant bzw. knapp signifikant beobachten lässt, p .030 und .086) und daß sie zum Ende des Heilverfahrens, auch zur Katamnese, als vermindert emotional labil erscheint (FPIN, p .012 und .065). Für die Männergruppe allein betrachtet ist diese Verminderung in emotionaler Labilität zur Katamnese in sehr bedeutsamer Weise gegeben (p .009). Die beiden Teilgruppen der zusätzlich psychologisch behandelten Personen unterscheiden sich insofern, als sich nur die Patienten mit

der überwiegend gesprächspsychotherapeutischen Behandlung zum Katamnesetermin als vermindert aggressiv (p .034) und als weniger emotional labil (p .032) beschreiben, wobei sich die letztgenannte Veränderung im Ausmaß des Psychoneurotizismus bereits zum Kurende feststellen lässt (p .039). Dagegen zeigt sich die oben unter Bezugnahme auf die gesamte Gruppe der zusätzlich psychologisch behandelten Patienten beschriebene vermehrte Extravertiertheit zum katamnestischen Untersuchungstermin nur für die kombinierte und verhaltenstherapeutisch behandelten Personen. Keine signifikanten Unterschiede, sowohl zwischen Kuranfang und Kurende als auch zwischen Kuranfang und Katamnese, stellen sich für die parallelisierte Gruppe heraus, außer daß die Ausprägungen in der Skala "Emotionale Labilität" zu T3 eher wieder ansteigen (p .018).

24.4.1.4 Buchinger Persönlichkeits-Inventar BPI

Im BPI wird deutlich, daß sich die zusätzlich psychologisch behandelten Patienten in den ersten fünf Skalen "Gehemmtheit", "Erregbarkeit", "Nervosität", "Depressivität", "Intimbereich" als Gesamtgruppe wie auch - bis auf nicht mehr signifikante Veränderungen der Frauen in "Depressivität" und "Intimbereich" - als Geschlechtsgruppen zum Kurende als vermindert gestört schildern (p zwischen $<$ .001 und $<$ .05). Bei Aufteilung der Patienten nach der Art der Therapiemethode bleiben die bedeutsamen Veränderungen in den drei Skalen Nervosität, Depressivität und Intimbereich auf die nach der klientzentrierten Methode behandelten Patienten beschränkt (p .001, .001, 000), während die Veränderungen in "Erregbarkeit" und "Depressivität" für beide Gruppen sichtbar werden. Dagegen lassen sich für die Patienten der Parallelisierungsgruppe keine Veränderungen statistisch sichern.

24.4.1.5 Freiburger Beschwerdenliste FBL

Eindeutig sind die verminderten Ausprägungen subjektiver Beschwerden bei den zusätzlich psychologisch behandelten Patienten (Gesamt-, Männer- und Frauengruppe) zum Kurende wie zur Katamnese jeweils im Vergleich zum Kuranfang (p zwischen $<$ .001 und $<$ 01). Die Beschwerdenverbesserungen der Parallelisierungsgruppe sind zum Kurende ebenfalls bedeutsam (p .000), auch zur Katamnese, jedoch in etwas geringerem Ausmaß (p .003).

24.4.1.6 Adjektiv-Skalen zur Einschätzung der Stimmung SES

In den Stimmungsskalen findet sich für die psychologisch behandelten Patienten zum Ende des Heilverfahrens lediglich eine verringerte Ausprägung auf der Müdigkeitsskala (SES6, p GGP .008, MGP .013, FGP nur .632) und - für die Frauen - ein gestiegener Trägheitswert (SES5, p .037), zur Katamnese schließlich eine vermehrte Gereiztheit (SES2, p GGP .005, MGP .066, FGP .009). Sehr ähnliche Verhältnisse ergeben sich für die Parallelisierungsstichprobe: vermehrte Gereiztheit zum Kurende und zur Katamnese (p .004) und verringerte "Müdigkeit" zum Kurende (p .000), allerdings auch vermehrte "Gehobene Stimmung" zum Kurende (p .053).

24.4.1.7 Fragebogen zur Erfassung subjektiver psychosozialer Belastungen im Zusammenhang mit Ehe, Familie und BerufBFB

Sowohl in der Gegenüberstellung der Variablenausprägungen von Kuranfang und Kurende wie auch von Kuranfang und Katamnese lassen sich für die psychologisch behandelten Patienten, mit Ausnahme einer etwas vermehrten ehebezogenen Belastung (p .040) der überwiegend klientzentriert behandelten Personen zu T3, keine signifikanten Veränderungen feststellen. Sehr ähnliche Resultate ergeben sich für die parallelisierte Gruppe nicht psychologisch behandelter LVA-Patienten.

24.4.2 Medizinische Variablen

Das Körpergewicht verringert sich bei den zusätzlich psychologisch behandelten LVA-Kurpatienten sowohl zu T2 als auch T3 bedeutsam, während die Verminderung für die parallelisierte Gruppe der LVA-Kurpatienten nur zum Kurende in bedeutsamer Weise festzustellen ist, für die sich aber zur Halbjahreskatamnese wieder ein leichter Anstieg ergibt. Im einzelnen zu den durchschnittlichen Veränderungen: Zwischen T1 und T2 für die GGP (N=29) von 73.41 auf 71.69 kg mit einer Differenz von 1.72 kg (p .002), für MGP (N=18) von 78.39 auf 76.28 kg mit einer Differenz von 2.11 kg (p .014), für FG (N=11) von 65.27 auf 64.18 kg mit einer Differenz von 1.09 kg (p .059). Zwischen T1 und T3 für die GGP (N=23) von 72.43 auf 69.69 kg mit einer Differenz von 2.74 kg (p .000) für MGP (N=15) von 75.60 auf 73.53 kg mit einer Differenz von 2.07 (p .193), für FGP (N=8) von 66.50 auf 62.50 kg mit einer Differenz von 4.00 kg (p .083). Dabei stellt sich heraus, daß diese Veränderungen hauptsächlich auf Verminderungen bei den anderweitig als klientzentriert behandelten Kurpatienten (kombiniert und/oder verhaltenstherapeutisch) zurückzuführen sind. Die Veränderungen bei den klientzentiert behandelten Patienten sind sowohl zu T2 als auch zu T3 nicht signifikant (von 66.64 auf 66.11 kg und von 67.46 auf 67.61 kg), während diejenigen bei den anderweitig behandelten recht deutlich ausfallen; und zwar im T1- T2-Vergleich von 83.00 auf 79.58 kg mit einer Differenz von 3.42 kg (p .003) und im T1-T3-Vergleich von 78.90 auf 72.40 kg mit einer Differenz von 6.50 kg (p .012). Wie angedeutet, sind die Veränderungen für die parallelisierte Gruppe der LVA-Kurpatienten im T1-T2-Vergleich signifikant, und zwar mit 69.93 auf 68.90 kg mit einer Differenz von 1.03 kg (p .013), während die Veränderungen im T1-T3-Vergleich wiederum als Zunahmen ausfallen, d.h. von 67.70 auf 69.20 kg mit einer Differenz von -1.50 kg (p .605). Es ist zu berücksichtigen, daß im Zusammenhang mit den etwas verschiedenen N sowohl bei der zusätzlich psychologisch behandelten (gesamten

und männlichen, nicht weiblichen) als auch der parallelisierten LVA-Kurpatientengruppe die T1-Werte im Falle des T1-T3-Vergleichs höher als im Falle des T1-T2-Vergleichs liegen. Dies ergibt sich offenbar dadurch, daß die in den T1-T3-Vergleich eingehenden Katamneseteilnehmer solche Personen sind, die bereits zum Kuranfang weniger durch maximale Gewichtsausprägungen aufgefallen sein dürften. Umgekehrt ausgedrückt: Von denjenigen Patienten, von denen zu diesem Zeitpunkt bereits ein höheres Körpergewicht vorlag, haben weniger an der Katamnestischen Untersuchung teilgenommen (im varianzanalytischen Vergleich zwischen Katamneseteilnehmern und Nichtkatamneseteilnehmern ist dieser Unterschied aber nicht signifikant).

Für die zusätzlich psychologisch behandelten Patienten finden sich zum Kurende verringerte Blutdruckwerte (p pdR GGP .009, MGP .013) und für die parallelisierten Patienten zeigen sich zum Kurende verminderte Pulsfrequenzen (p .020). In den klinisch-chemischen Kennwerten treten folgende Abnahmen zum Nachprüfungstermin auf: Bei den zusätzlich psychologisch behandelten Patienten (Gesamt- und Männergruppe) in den Cholesterin- (p GGP .001, MGP .003), Triglycerid- (p GGP .013, MGP .010), BKS- (p 1.St. GGP .005, MGP .019; p 2.St. GGP .008, MGP .026) und Harnsäurewerten (für MGP, p .007) wie auch den γ-GT (p GGP .004); dasselbe in den Cholesterinwerten, den Triglyceride- und Harnsäurewerten der parallelisierten Personen (p .000, .033 und .022).

24.4.3 Anamnestisch-katamnestische Variablen

Es ist festzustellen, daß der Bierkonsum und die Einnahme von Schlaftabletten für die parallelisierte Gruppe von Patienten bedeutsam zurückgehen (p .008 und .006). Dagegen ergeben sich hierbei für die zusätzlich psychologisch behandelten Personen kaum bedeutsame Veränderungen, außer daß Kaffee- und Weinkonsum der Frauen etwas zunehmen (p .013, .045) und daß ein Rückgang des Konsums hochprozen-

tiger Getränke hauptsächlich bei den überwiegend verhaltenstherapeutisch behandelten Personen festzustellen ist.

24.4.4 Zusätzliche psychologische Behandlung und regressionsanalytische Voraussage von Veränderungen

Greifen wir zumindest partiell den Ergebnissen aus Abschnitt 26 vor: Wir beziehen dabei die anhand der dichotomisierten, vorwiegend anamnestischen Variablen gebildeten "einfachen" Prädiktoren sowie die unter Berücksichtigung psychologischer und medizinischer Ausgangswerte gebildeten "komplexen" Prädiktoren erhaltenen Ergebnisse aus der multiplen Regressionsanalyse ein. Sodann können wir feststellen, daß die zusätzlich erhaltene psychologische Behandlung je nach Variablenart zur Aufklärung der (in den metrischen Variablen gegebenen) Differenzbeträge zwischen T1 und T2 bzw. T3, die als Kriterien gewählt werden, beiträgt oder nicht beiträgt. Ein entsprechender bedeutsamer Varianzanteil lässt sich für die Veränderungen zwischen T1 und T3 in der Offenheits-, Extraversions- und Neurotizismusskala des FPI, in der zuletztgenannten auch schon für die Unterschiede zwischen T1 und T2, feststellen. Dabei gehen die signifikant voraussagbaren Veränderungen in Richtung verminderter emotionaler Labilität, erhöhter Offenheit und vermehrter Extravertiertheit. Ähnliche Veränderungsanteile zeigen sich für die Unterschiede ziwschen Kuranfangs- und Kurendetermin in den ersten fünf BPI-Skalen "Gehemmtheit", "Erregbarkeit", "Nervosität", "Depressivität" und "Intimbereich" sowie - für beide intraindividuellen Vergleiche - in der verwendeten Allgemeinbefindensskala der FBL (mit p-Werten für F $\leqslant$ .01; außer Intimbereich mit $\leqslant$ .05). Auch zu einer vermehrten Beachtung von Krankheitsanzeichen (HG2) und gleichwohl einem verringerten Mißtrauen gegenüber dem eigenen Körper (HG2 und HG4) trägt die zusätzliche psychologische Behandlung bedeutsam (p $\leqslant$ .01) bei. Allerdings bleibt der aufgeklärte Varianzanteil jeweils numerisch niedrig. Keine bedeutsamen Varianzbeiträge ergeben sich dagegen für die weiteren Variablenbereiche der psychologischen Fragebogen,

wie BFB, SES, KKB, ebenso für die meisten medizinischen und anamnestisch-katamnestischen Variablen. (Es ist hierbei zu berücksichtigen, daß der Faktor der zusätzlichen psychologischen Behandlung für die gesamte entsprechende Patientengruppe verwendet wird, ohne eigene Untergruppen nach der Art dieser Behandlung zu bilden. Daß jedoch bei Aufteilung in die Gruppe überwiegend klientzentrierter und die Gruppe mehr oder weniger auch verhaltenstherapeutisch behandelter Patienten ein bedeutsamer Anteil der Gewichtsreduktion erklärt werden dürfte, ist aufgrund der beachtlichen Gewichtsabnahme bei der an zweiter Stelle genannten Behandlungsuntergruppe anzunehmen.)

24.5 Diskussion und Hypothesenprüfung

Vorab sei darauf hingewiesen, daß sowohl interindividuelle als auch intraindividuelle Unterschiedsanalysen einen zusätzlichen positiv interpretierbaren Behandlungseffekt der zusätzlich psychologisch behandelten LVA-Kurpatienten in bestimmten Variablenbereichen deutlich machen. Bevor wir darauf weiter eingehen, wollen wir uns aber der Frage zuwenden, inwieweit sich die psychologisch behandelten Patienten bereits in relevanten Eingangsmerkmalen zu Beginn des Heilverfahrens von den anderen Patienten unterscheiden oder nicht unterscheiden, da ein Zusatzeffekt der zusätzlichen Behandlung umso eher angenommen werden kann, je weniger solche Unterschiede zu T1 auftreten bzw. durch Parallelisierungs- und Partialisierungsoperationen vermindert werden. Gemäß der auf die Unterschiede zwischen der gesamten Gruppe der zusätzlich psychologisch behandelten LVA-Kurpatienten und der gesamten Restgruppe der LVA-Kurpatienten bezogenen Unterschiedsanalysen kennzeichnen sich die erstgenannten an T1 durch ein jeweils erhöhtes Ausmaß an Neurotizismus sowie Erregbarkeit,Nervosität bzw. psychovegetativer Labilität, Depressivität und sexueller Konfliktthaftigkeit. Weitere Kennzeichen sind ein betonteres psychosozial-psychotherapeutisches Krankheitskonzept (KKB1,

wobei auch die positivere Nutzeneinschätzung hinsichtlich der psychologischen Untersuchungen, wie sie im Psychologischen Interview geäußert wurde, ähnlich gesehen werden kann), ein größeres Ausmaß ärgerlich-unangenehmer und belastender Lebensereignisse in den beiden Kurvorjahren, und zwar vor allem im familiären Bereich, eine - aus der Sicht des Untersuchers - höhere psychische Belastung und Ängstlichkeit, auch Eigenwahrnehmung und Selbstexploration, schließlich die deutlicher mit Bezugspersonen verbundenen und weniger positiv getönten Kindheitserinnerungen, sowie die Auffälligkeiten in Blutdruck- und BKS-Werten. Ein Großteil dieser Unterscheidungsmerkmale definiert zugleich einige Indikationsmerkmale, wie sie - im Kontext der personzentrierten Therapieforschung - im Hinblick auf psychologische Beratung und Therapie genannt werden. Z.B. wird bei TAUSCH und TAUSCH (1979, S. 14) die Art der "sselischen Beeinträchtigungen" sehr ähnlich charakterisiert, nämlich als geringe Selbstachtung, Selbstakzeptierung und Selbstaktualisierung, stärkere emotionale Gespanntheit, vermehrtes Ausmaß an Neurotizismus, Psychasthenie und Introversion, Selbstaggression, größere Abhängigkeit vom Urteil anderer und Angst vor bestimmten Ereignissen und Personen (jeweils in Tests und Selbstbeschreibungen). Die Beeinträchtigungen werden anhand der Kategorien allgemeiner Unsicherheiten und Ängste, psychosomatischer Beschwerden, sozialer Kontaktstörungen, sexueller, beruflicher, familiärer Schwierigkeiten angegeben. Und als "Voraussetzungen" nennen die Autoren u.a. den Wunsch nach Änderung des eigenen Verhaltens uns Erlebens und der seelischen Beeinträchtigungen sowie die Bereitschaft zu Selbstöffnung und Selbstauseinandersetzung. Sowohl die von TAUSCH und TAUSCH aufgeführten Beeinträchtigungen als auch die dort definierten Voraussetzungen weisen einige Ähnlichkeiten mit entsprechenden Merkmalsbereichen unserer LVA-Kurpatienten mit zusätzlicher psychologischer Behandlung auf. Dabei ist speziell im Hinblick auf das Ausmaß an Neurotizismus allerdings in Übereinstimmung mit ZIELKE zu unterschieden zwischen dem häufig feststellbaren Befund, daß gesprächstherapeutische Behandlung

zu einer deutlichen Minderung des Neurotizismus führt, daß sich der Neurotizismusgrad zu Beginn von Therapien aber bisher nicht als prognoserelevantes Merkmal zur Erfolgsvorhersage erwiesen hat (1979, S. 104).

Gleichzeitig werden mit jener "Ähnlichkeit" mit den Charakteristiken von Klienten im Kontext der klientzentrierten Therapieforschung u.a. die beiden Probleme der Präselektion und der Vergleichbarkeit aufgeworfen. Als Präselektionsfaktoren werden ja in der Literatur verschiedene Merkmale, u.a. im Zusammenhang mit dem sozioökonomischen Status, den subjektiv-naiven Krankheitskonzepten und Behandlungsvorstellungen (vgl. z.B. FAHRENBERG u.a. 1978b;KEUPP 1978; MECHANIC 1975) diskutiert, die bei vergleichbaren Störungen z.B. eine psychotherapeutische Behandlung für bestimmte Personengruppen wahrscheinlicher machen. Für Selektionsvorgänge auch an unserer LVA-Patientenstichprobe spricht, daß es offenbar die etwas eher veränderungsmotivierten und die eher "psychologisch" attribuierenden (vgl. KKB1) Personen sind, die mit größerer Wahrscheinlichkeit eine zusätzliche psychologische Behandlung erhalten. Gegen eine zu starke Gewichtung von präselegierenden Mechanismen spricht allerdings wiederum, daß sich jene Personen in Sozialstatusmerkmalen (z.B. Berufsausbildung) von den entsprechend unbehandelten Personen nicht bedeutsam unterscheiden.

Präselektionen berühren auch die Vergleichbarkeit von zusätzlich psychologisch und nicht dementsprechend behandelten Kurpatienten. Zunächst stellen die oben genannten Unterscheidungs- und zumindest teilweise Präselektionsmerkmale, soweit sie zum Heilverfahrensbeginn übersehbar sind, eine prospektive, und in der gesamten Datenauswertung eine retrospektive Indikationshilfe dar. Insoweit kann, vor allem unter retrospektivem Aspekt, die Aussage abgeleitet werden, daß bei einer in bestimmter Weise, z.B. durch höheren Psychoneurotizismus, durch eine vermehrte Erregbarkeit, Nervosität usw. charakterisierten Stichprobe unter bestimmten psychologischen Behandlungsbedingungen größere Veränderungen in Richtung verminderter Ausprägungen in solchen störungsrelevanten Dimensionen erwartet werden können.

Eine solche Folgerung erscheint aber erst gerechtfertigt, wenn eine Vergleichbarkeit der behandelten und nicht dementsprechend behandelten Patienten nicht nur hinsichtlich soziographischer Merkmale,sondern auch bezüglich jener psychologischen, störungsrelevanten Merkmale vorhanden ist. Eine solche Vergleichbarkeit ist - wie die interindividuellen Auswertungen ergeben - insoweit gegeben, als sich die beiden Gruppen zum Kurbeginn in bestimmten Variablen, nämlich des BFB, weitgehend auch des HG und der SES, weiterhin in FBL (und teilweise in EzK), in relevanten einzelnen Variablen des Interviews wie etwa den Sorgen um die Familie und Arbeitsplatz, nicht zuletzt in einem Großteil der - bereits im Zusammenhang mit der Präselektion genannten - anamnestischen Daten sowie der medizinischen Daten, nicht signifikant voneinander unterscheiden. Auch die Bildung der parallelisierten Gruppe trägt insoweit zur Vergleichbarkeit bei, als die zusätzlich behandelte und nicht zusätzlich behandelte Gruppe sich in den auf die gegenwärtige psychische Belastung bezogenen Kennwerten des Interviews nicht mehr unterscheiden. Diese Parallelisierungsoperation hat aber die varianzanalytisch ermittelten Unterschiede, insbesondere in persönlichkeitspsychologischen Variablen von FPI und BPI sowie im psychosozial-psychotherapeutischen Krankheitskonzept des KKB nur partiell reduziert. Insoweit bleiben bei den weiteren interindividuellen, aber auch bei den intraindividuellen Unterschiedsanalysen zusätzlich psychologisch behandelte und nicht zusätzlich psychologisch behandelte LKV-Patienten nicht ganz vergleichbar. Aus diesem Grunde werden im Rahmen der Veränderungsanalysen noch multiple Regressionen einbezogen (im einzelnen 26), unter denen sich auch regressionsanalytische Auswertungen unter Einschluß eben solcher Ausgangswerte in psychologischen, aber auch in anamnestischen und medizinischen Variablen (in Form von sogenannten komplexen Prädiktoren) befinden. Bevor wir aber auf diese zur intraindividuellen Unterschiedsanalyse gehörenden Resultate eingehen, können wir, nicht zuletzt deswegen, weil in diesen Ergebnissen die zusätzliche psychologische Behandlung als signifikanter Prädiktor von Veränderungen erhalten bleibt, die weiteren in-

terindividuellen Analysen ansprechen, soweit diese schon etwas über kurerfolgsrelevante Merkmale aussagen:
Hier wird zunächst deutlich, daß in varianzanalytischer Gesamtgruppenbetrachtung wie in mittelwertvergleichender Untergruppenanalyse (P-PP) die Gruppe der zusätzlich psychologisch behandelten Kurpatienten sowohl zum Kurende als auch zur Halbjahreskatamnese (BdK) einen positiveren subjektiven Kurerfolg erreicht als die der nicht entsprechend behandelten Kurpatienten aus der gesamten Restgruppe und der Parallelisierungsgruppe, zumal sich in den Einstellungen und Erwartungen gegenüber dem Heilverfahren (EzK) ja varianzanalytisch noch kein signifikanter P-Haupteffekt sichern ließ. Auch aus der Sicht der Gruppenärzte erhalten sie eine bessere Kurerfolgseinschätzung und günstigere Prognose (allerdings nur in varianzanalytischer Hinsicht).

Ein weiterer Hinweis auf einen zusätzlichen Behandlungseffekt ergibt sich daraus, daß sich die zusätzlich psychologisch behandelten LVA-Patienten in Variablen, vor allem in FPI und BPI, in denen sie zu T1 noch "gestörter" wirkten, zu den späteren Erhebungszeitpunkten (T2, T3) nicht mehr entsprechend unterscheiden, bzw. zu T1 noch relativ ähnliche Ausprägungen zeigten, zu späteren Terminen aber positiv interpretierbare Ausprägungen erreichen; so z.B. in der FBL zu T3. Ein anderer Anhaltspunkt liegt in der katamnestisch sichtbar werdenden geringeren negativen Bewertung von Lebensereignissen und in einer vermehrten Zuversichtlichkeit bezüglich der beruflichen Zukunft bei den Patienten mit psychologischer Therapie.

Was die interindividuellen Analysen, ob unter dem Aspekt von Selektion, Indikation und Vergleichbarkeit oder von Erfolgsrelevanz und Zusatzeffekt betrachtet, nur in geringem Ausmaß deutlich gemacht haben, sind interindividuelle Unterschiede zwischen Patienten mit den verschiedenen Behandlungsmethoden. Indirekt für einen Zusatzeffekt spricht aber der anhand eines G-A-PM (PM für vorherrschende Therapiemethode) an T1 und T2, nicht mehr an T3 auftretende PM-Haupteffekt in Körpergewicht. Insoweit könnte sich ein Späteffekt abzeichnen, eine Abnahme, die aber wiederum

durch die obigen Überlegungen über Katamneseteilnehmer und -nichtteilnehmer etwas relativiert werden könnte.

Unsere bisherigen Überlegungen konzentrierten sich auf die drei Problembereiche erstens der Indikation, Präselektion und Vergleichbarkeit, zweitens der Anhaltspunkte über Zusatzeffekte aufgrund der psychologischen Behandlung aus den interindividuellen Unterschiedsanalysen und drittens der interindividuellen Unterschiede innerhalb der Kurpatienten mit zusätzlicher psychologischer Behandlung. Im Hinblick auf alle diese drei Problembereiche können wir auch aus den im Ergebnisteil mitgeteilten Korrelationen weitere Hinweise erhalten. Diese Korrelationen wurden bekanntlich innerhalb der gesamten LVA-Kurpatientenstichprobe zwischen der dichotomisierten Variable nach der psychologischen Behandlung und allen anderen Variablen sowie innerhalb der Gruppe der zusätzlich psychologisch behandelten LVA-Kurpatienten zwischen der Zahl der Behandlungssitzungen und den sieben speziellen Items zur Veränderung aufgrund dieser Behandlung (von denen die Mehrzahl den Faktor der Gelassenheit und des Optimismus nach MEHNERT 1969 bzw. ZIELKE 1978 repräsentieren und zwei weitere auf die allgemeine Einschätzung der Behandlung als "hilfreich" und auf die Dauer des daraus entstehenden Nutzens bezogen sind) einerseits und allen anderen Variablen andererseits gerechnet. Wenn wir die Korrelationsergebnisse auf die drei genannten Problembereiche beziehen, so tun wir dies in spezifischer Weise bezüglich des Problembereichs von Selektion und Indikation, und zwar unter besonderer Berücksichtigung von T1-Daten, die in die Korrelationsberechnung eingingen; ebenfalls in spezifischer Weise - bezüglich des Problems des Zusatzeffektes, und zwar unter besonderer Berücksichtigung von T2-und T3-Daten, die in die Korrelationsberechnung eingingen (vor allem, wenn sie als Wiederholungsvariablen an T1 noch keine bedeutsamen Beziehungen ergaben). Wir tun dies in unspezifischer Weise bezüglich des Problems interindividueller Differenzen zwischen den zusätzlich psychologisch behandelten Patienten, da sich dieser Aspekt mit den Gesichtspunkten von Indikation-Selektion sowie Zu-

satzeffekt überkreuzt.

Wenden wir uns zunächst und unter besonderer Berücksichtigung von T1-Daten den Fragen von Selektion und Indikation zu, so ergeben sich aus der vorhin erstgenannten gesamtstichprobenbezogenen Korrelationsrechnung die schon gekannten Unterschiede zwischen zusätzlich psychologisch behandelten und nicht dementsprechend behandelten Patienten in Form signifikanter Korrelationskoeffizienten. Es finden sich hier aber noch r-Werte, die die Stichprobe der behandelten Patienten noch weiter als in der "schärferen" Unterschiedsanalyse kennzeichnen helfen, so z.B. die Korrelationen der Behandlungsvariable mit der eigenen und der väterlichen schulischen Vorbildung (was ebenfalls auf selegierende Faktoren hinweist). Bemerkenswert erscheint auch, daß hier mögliche Unterschiede in den spezifischen BFB-Belastungsskalen ebenfalls kein besonderes Gewicht erhalten. Auch wenn wir unter Bezugnahme auf die zweitgenannten Korrelationen innerhalb der Behandlungsgruppe das Problem fraglicher interindividueller Differenzen innerhalb derselben aufgreifen, machen BFB-Unterschiede wenig aus "im Sinne" bedeutsamer Korrelationen mit veränderungsspezifischen Items. Insoweit sind die zum Ausgangsstadium des Kuranfangs erhobenen Befunde mit denen bei ZIELKE vergleichbar, der im Rahmen von Entwicklungen zur therapieorientierten Diagnostik im Kontext der Gesprächspsychotherapie ermittelte, daß "... Meßverfahren mit hoher Konstruktvalidität (d.h. im Falle einer inhaltlichen Nähe des Meßgegenstandes mit den theoretischen Zielkonzepten der therapeutischen Methode) sowohl für die Indikationsfrage Bedeutung gewinnen als auch gleichzeitig eine Revision von diagnostischen Kategorien einleiten, indem sie eine Typisierung von Erkrankungen ermöglichen, die unmittelbar Therapierelevanz besitzt" (1979, S. 127). Wie ZIELKE (1979, S. 127) weiter mitteilt, erwies sich als eine solche der gesprächstherapeutischen Behandlung, die ja auch im Rahmen unserer kurztherapeutischen psychologischen Behandlungsmaßnahmen an den LVA-Patienten im Vordergrund stand, nahen Klassifikation ein Erkrankungsbild von "Verstimmungsstörungen", das dadurch ge-

kennzeichnet ist, daß erlebnismäßige Zustände situations- und tätigkeitsunspezifisch auftreten. Die entsprechenden Meßverfahren hierbei, die Kieler Änderungssensitive Symptomliste KASSL des gleichen Autors, erbrachten bei Versuchen zur Bestimmung der prognostischen Validität und der differentiellen prognostischen Validität gute Ergebnisse, d.h. Beziehungen mit den Kriterien (u.a. aus MMPI), während die weiteren der KASSL entnommenen Dimensionen situations- und tätigkeitsspezifische Störungen, nämlich soziale Kontaktstörungen, Berufsschwierigkeiten und Konzentrations- und Leistungsstörungen, keine prognostische Bedeutung erreichten.
Auch die innerhalb der Behandlungsgruppe gefundenen Beziehungen zeigen eine gewisse Nähe zu den Befunden bei ZIELKE. Auch hier stehen die anfänglichen BFB-Werte mit veränderungsbezogenen Einschätzungen zur psychologischen Behandlung im Katamnesebogen durch die Patienten kaum in Beziehung, während dies für etliche Kennwerte zu eher aktuell-unspezifischen Belastungen des Interviews gilt. Darüber hinaus sind es in unseren zusammenhangsanalytischen Befunden vor allem motivationale, auf psychologische Behandlungsmaßnahmen bezogene Merkmale, kognitiv-attributionale, auf Krankheitskonzepte und Behandlungserwartungen, insbesondere psychosozialer-psychotherapeutischer Art, bezogene Merkmale sowie unspezifische Belastungen bzw. wenig subjektiv aktivierte Zustände und Krankheitsanfälligkeiten (bzw. Krankmeldungsneigung) repräsentierende Kennwerte, die die Verfahren EzK (hier besonders die auf Aussprache und Kommunikation bezogene EzK2-Variable), BdK (hier besonders die zu T2 gegebene globale Einschätzung des Kurerfolgs anhand von BdK1 und die Bewertung psychologischer Kurmaßnahmen anhand von BdK4), KKB (hier besonders das psychosozial-psychotherapeutische Krankheitskonzept), BPI (hier besonders die Erregbarkeits- und Depressivitäts-, Intimbereichs- sowie Offenheitsskala), FPI (besonders die Offenheitsskala), SES (hier besonders die - zunächst - verminderte Aktiviertheit SES3), Anamnesebogen (hier u.a. die Häufigkeit und Dauer der Krankmeldungen vor der Kur) und Interview (hier

vor allem Kennwerte der Motivation und Selbstauseinandersetzung sowie der psychischen und psychosozialen Belastung) erfassen, die offenbar prospektiv einen veränderungsrelevanten Einfluß auf zunehmend positive Angaben in etlichen der speziellen behandlungsbezogenen Items des Katamnesebogens ausüben. Und diese Angaben sind wiederum unter der Voraussetzung einer zunehmenden Zahl von Behandlungssitzungen positiv (die wiederum u.a. von der Depressivität, der Behandlungserwartung nach EzK2 und motivationalen Merkmalen des Interviews abhängig erscheinen). Dagegen bleibt der Zusammenhang (ähnlich wie bei ZIELKE, S.104) mit dem Neurotizismusausmaß des Kuranfangs gering. Darüber hinaus erhält der eben charakterisierte Zusammenhang im Falle eher "natürlicher", also nicht auf psychologische Behandlung bezogener Erwartungen (etwa EzK3) ein negatives Vorzeichen, was in diesem Falle auf eine wenig positive subjektive Behandlungseffizienz schließen läßt.

Fragen wir weiter nach Anhaltspunkten aus der Korrelationsrechnung über die fraglichen Zusatzeffekte, die wir bereits im Kontext der interindividuellen Vergleiche diskutiert haben, so können wir sagen, daß auch hier zunächst einmal die bereits gewonnenen Anhaltspunkte aus den interindividuellen Unterschiedsanalysen in Form statistisch bedeutsamer r-Werte bestätigt werden, also z.B. in Form der bedeutsamen Korrelation zwischen der dichotomisierten Behandlungsvariable und der berufsbezogenen Zuversicht im Katamnesebogen. Dabei wird wie im Falle der Indikations- und Selektionsfrage auch dieser Aspekt sowohl durch die gesamtstichprobenbezogenen als auch die behandlungsgruppenbezogenen zusammenhangsanalytischen Ergebnisse noch "angereichert". Solche Aspektanreicherungen finden sich in gesamtstichprobenbezogener Hinsicht u.a. in Form der Beziehung zwischen der dichotomisierten Behandlungsvariable einerseits und der eher verminderten arbeitsbezogenen Überforderung und berufsbezogenen Unzufriedenheit (BFB2, BFB3) an T3, der verminderten Zahl der Klinikaufenthalte im Kurnachhalbjahr (Katamnesebogen), auch einiger Kennwerte zur Beibehaltung von auf der Kur empfohlenen gesundheitsförderlichen Verhaltenswei-

sen (z.B. Entspannungshäufigkeit) andererseits.

Innerhalb der psychologischen Behandlungsgruppe finden sich neben den Beziehungen zwischen dem eher zeitstabilen psychosozial-psychotherapeutischen Krankheitskonzept (KKB1) und "mehr Sinn", Nutzendauer und "weiß eher, was ich will und kann" diejenigen zwischen dem auf Körperleiden und Organmedizin bezogenen KKB3-Konzept des T2 und vermindert positiven Angaben zu "mehr Sinn" und zur Nutzendauer, außerdem die Beziehungen zwischen KKB3 aus T3 und erneut weniger positiven Angaben zu "mehr Sinn" und Nutzendauer. Auch finden sich die Zusammenhänge zwischen Krankheitszeichenbeachtung (HG3) aus T3 und verminderter Nutzendauer. Aspektanreicherung zeigt sich auch in Form von positiven Beziehungen zwischen behandlungsspezifischen Items (einschließlich der Sitzungszahl) und anderen Merkmalen zu Kurende und/oder Halbjahreskatamnese, die als erfolgsrelevant bezeichnet werden dürfen, u.a. als positive Korrelation zwischen einigen SES-, besonders der Aktiviertheitsvariable (T2 und T3), und beispielsweise "mehr Sinn", zwischen Sitzungszahl und einigen veränderungsspezifischen Items, zwischen globaler Kurerfolgseinschätzung zu T2 und T3 und einigen veränderungsspezifischen Items, zwischen Nutzendauer und katamnestisch eingeschätzter familienbezogener Zuversicht, zwischen "weniger gehetzt" und "im Umgang mit anderen sicherer"einerseits und der auf andere Personen bezogenen Zuversicht andererseits.

Wenn wir nun die eigentlichen Veränderungsanalysen diskutieren, so wird, wenn wir zunächst die auf deskriptiver Ebene durchgeführten Überprüfungen (t-Tests für abhängige Stichproben) berücksichtigen, deutlich: Es gibt etliche Variablen, in denen sowohl für die zusätzlich psychologisch behandelten Patienten als auch für die nicht dementsprechend behandelten parallelisierten Patienten Veränderungen auftreten, die zum überwiegenden Teil als "kurerfolgsrelevant" angesehen werden können. So gibt es also Merkmalsbereiche, in denen die zusätzliche psychologische Kurztherapie keine zusätzlichen Veränderungen erwarten läßt. Hierbei handelt es sich

etwa um den größten Teil der anamnestisch-katamnestischen Variablen (hier auch der lediglich visuell verglichenen wenigen dichotomen Kennwerte, wie z.B. der Beurteilung der Lebensführung als gesund), der medizinischen sowie um einen Teil der psychologischen Variablen (insbesondere derer aus den Fragebogen KKB, SES, BFB und HG). Auf der anderen Seite zeigt die zusätzlich psychologisch behandelte Gruppe in bestimmten Variablenbereichen im Vergleich zur parallelisierten Gruppe umfassendere, positiv interpretierbare Veränderungen zum Kurende und zur Halbjahreskatamnese. Dementsprechende Variablen sind jeweils die Offenheits-, Extraversions- und Neurotizismusvariable (FPI) sowie die Allgemeinbefindensskala der FBL, außerdem im Rahmen des Kuranfangs-Kurende-Vergleichs die belastungsrelevanten Skalen des BPI. Nicht zuletzt ist auf die stabilere und umfassendere Gewichtsreduktion unter den zusätzlich psychologisch behandelten Patienten zu verweisen.

Im Rahmen der deskriptiven Unterschiedsanalysen wird schließlich auch deutlich, daß die Art der zusätzlichen psychologischen Behandlung eine Rolle für Ausmaß und Richtung der eben diskutierten Veränderungen spielt. Dabei ergeben sich offenbar im Zusammenhang mit dem eher "psychologischen" klientzentrierten Vorgehen auch eher Veränderungen in "psychologischen" Variablen, wie z.B. Neurotizismus oder Depressivität. Diese Befunde sind mit denjenigen, die aufgrund klientzentrierter Therapie erzielt werden, vergleichbar (z.B. TAUSCH und TAUSCH 1979), teilweise auch mit den Resultaten aus zusätzlichen psychotherapeutischen Rehabilitationsmaßnahmen (vgl. z.B. BENDORF u.a. 1976; BUCHMANN 1979; MENTZEL und MENTZEL 1977).

Bei eher verhaltenstherapeutisch orientierten Behandlungsmethoden (diese fast ausschließlich oder als kombinierte Behandlung) scheinen wiederum eher Veränderungen in spezifischen Bereichen, wie eben dem des Körpergewichts, aufzutreten. Da die Gewichtsreduktion bei den meisten der verhaltenstherapeutisch behandelten LVA-Patienten der wichtigste Ansatzpunkt für die Modifikationstechniken, insbebesondere zur Veränderung des Essverhaltens (vgl. FERSTL

1977) war, sind diese Befunde nicht erstaunlich. Da die zum Katamnesetermin erhobenen Gewichtswerte nicht, wie die zu Kuranfang und Kurende ermittelten, auf Fremd- sondern Eigenregistrierung beruhen, müssen sie unter der Einschränkung einer "Mogelquote" (vgl. KLEINSCHMIDT 1975) gesehen werden. Eine solche dürfte um so mehr nahegelegt sein, als die Patienten in dem Falle, daß die Modifikation nicht erfolgreich war, vermehrt auf Maßnahmen zur Reduktion ihrer -sodann eher wahrscheinlichen - kognitiven Dissonanz (vgl. z.B. AMELANG und LASOGGA 1975; ANTONS-BRANDI 1973a) angewiesen sein dürften. Nichtsdestoweniger kann angenommen werden, daß eine systematische und individuumszentrierte Modifikation des Essverhaltens, die von vornherein auf eine zunehmende Selbstkontrolle angelegt ist, eine Gewichtsreduktion - zumal bei vorherigem Übergewicht - wahrscheinlicher machen (vgl. z.B. FREYTAG-LORINGHOVEN 1972; HAUTZINGER und KAUL 1977; HAUTZINGER 1978; KLEINSCHMIDT 1975).

Die eben genannten "Anteile" der zusätzlichen psychologischen Behandlung gehen zum größten Teil auch aus der Regressionsrechnung hervor, wenn die aus den bisherigen interindividuellen Analysen bekannten Gruppeneinteilungsmerkmale als Prädiktoren eingesetzt werden. Zu einem großen Teil sind hierbei die Merkmalsbereiche mit signifikanten Veränderungen aufgrund der zusätzlichen psychologischen Therapie allerdings zugleich die Variablenbereiche, in denen die entsprechend behandelten Patienten bereits zum Kuranfang erhöhte Werte (Ausgangswerte) hatten (vgl. interindividuelle Unterschiedsanalysen). Werden deswegen diese Ausgangswerte, entsprechend ihrer faktorenanalytischen Anordnung, zusätzlich als Prädiktoren in die Regressionsgleichung einbezogen (Beschreibung der Prädiktoren siehe unter 26), dann tritt der Einzelprädiktor "Zusätzliche psychologische Behandlung" (mit einer lediglich dichotomen Stufung von "erhalten" bzw. "nicht erhalten") in seinem Beitrag zur Aufklärung der Unterschiedsvarianz nur in geringem Ausmaß zurück (vgl. Tab. 57).

Nicht zuletzt sollte berücksichtigt werden: Die zu unserer Frage der zusätzlichen Behandlungseffekte bei zusätzlich

psychologisch behandelten Patienten gewonnenen Befunde beruhen weitgehend auf subjektiven Selbstbeschreibungen der befragten Patienten und wurden ihrerseits nicht durch völlig unabhängige Testleiter erhoben. Damit verbinden sich gleichzeitig kognitive und soziale Einflüsse (auf der Seite der Patienten, der Untersucher bzw. Therapeuten, auch aufgrund der zwischen diesen bestehenden Interaktion), die die Objektivität, Reliabilität und Validität der Ergebnisse einschränken. Der Aufforderungscharakter der Test- bzw. Befragungssituation, so auch der katamnestischen Befragungsumstände, der möglicherweise die Angabe von nicht nur "faktisch" eingetretenen, sondern auch sozial erwünschten "Besserungen" nahelegt, die Strategien der Dissonanzminderung im Falle weniger subjektiv angenehmer bzw. vorteilhafter Veränderungen sind nur wenige Beispiele neben solchen, die speziell bei psychologischen Fragebogen im Sinne von vorherrschenden Reaktionssets verzerrend wirken können (vgl. z.B. AMELANG und LASOGGA 1975; BASTINE 1970; BREHM 1976; PETERMANN 1977). Umfassendere und systematische Überprüfungen zu diesem Problembereich fehlen in unserem Untersuchungsplan weitgehend. Lediglich die Beziehungen veränderungsrelevanter Werte mit der persönlichkeitspsychologisch faßbaren Offenheit der Selbstdarstellung (FPI, BPI) könnte im Rahmen unserer Studie Hinweise geben. Im vorliegenden Zusammenhang wird uns u.a. der Hinweis zuteil, daß die speziellen behandlungsbezogenen Veränderungsitems des Katamnesebogens - zumindest teilweise - um so positiver beantwortet werden, je offener sich die Befragten in persönlichkeitspsychologischer Hinsicht darstellen. Daß nicht der umgekehrte Fall eintritt, mag Befürchtungen im Sinne zu starker Erwünschtheitseffekte zwar abmildern, läßt aber immer noch wichtige Fragen unbeantwortet, so z. B. die, wie diese Beziehung im allgemeinen und die zwischen weniger positiven Veränderungsangaben und geringerer Offenheit zu interpretieren ist. Eine Interpretation wäre z.B., daß hier eine allgemeinere Einflußgröße, nämlich die "Genauigkeit" oder "Diskriminationsschärfe" in der Selbstwahrnehmung eine Rolle spielen könnte.

Auch auf eine weitere Einschränkung sei noch hingewiesen. Sie betrifft die Implikationen, die sich daraus ergeben, daß die zusätzliche psychologische Behandlung an den LVA-Kurpatienten im Rahmen ihres vierwöchigen stationären Heilverfahrens nur als Kurztherapie aufgefaßt werden darf. Die daraus erwachsenden Effekte sind zwar im Sinne "überzufälliger" Veränderungen dokumentiert worden. Und dennoch heißt gruppenstatistische Signifikanz noch nicht unbedingt "subjektiv erhebliche" und vielleicht auch "objektiv", z.B. durch Sozialpartner, Ärzte u.a. in der häuslichen Umgebung wahrnehmbare "Verbesserung". In diesem Zusammenhang ist es vielleicht auch nicht zufällig, daß in den psychosozialen Belastungsskalen des BFB keine erheblich "zufriedenere" Ergebnisse eintreten (wenngleich dies auch mit dem bewußteren Eingestehen von belastenden psychischen und zwischenmenschlichen Umständen zu tun haben kann). Was unsere Resultate anzeigen, sind zunächst einmal subjektive Umstimmungen, Erleichterungen und Zuversichtlichkeiten, vielleicht auch Einstellungsänderungen und Änderungen des "Copingverhaltens" gegenüber Belastungen, außerdem auch eher"objektiv faßbare" "Verbesserungen" (wenn man z.B. an die Einschätzungen der Ärzte oder an die Gewichtsveränderungen denkt). Diese "subjektiven" und "objektiven" Veränderungen lassen sich auch mit Zielkonzeptionen psychologischer Therapien, etwa der klientzentrierten und der Verhaltens-Therapie, in Übereinstimmung bringen, wie sie auch im Einklang mit Formulierungen zu Kriterien des Kurerfolgs stehen dürften (vgl. z.B. FAHRENBERG u.a. 1978b). Gleichwohl, es sind Ergebnisse, die mit Hilfe von kurztherapeutischen Interventionen erreicht wurden und weniger Veränderungen der Persönlichkeitsstruktur als Umstimmungen und Neueinstellungen implizieren (vgl. z.B. ENKE 1975).

Auf Probleme, die mit der einfachen von uns verwendeten Pre-Post-Veränderungsmessung verbunden sind, haben wir bereits im Abschnitt über Veränderungen bei der gesamten Stichprobe hingewiesen, so z.B. auf das Problem der Ausgangswertabhängigkeit, worauf auch die meistens signifikanten Stabilitätskoeffizienten hindeuten. Wir greifen den

Problembereich bei der späteren Regressionsrechnung (26) auf.
An dieser Stelle können wir unsere Hypothese zu den in bestimmten Merkmalsbereichen erwarteten Effekten aufgrund der zusätzlichen psychologischen Behandlungsmaßnahmen überprüfen und bewerten.

24.5.1 Hypothesenprüfung

Angesichts der in verschiedenen Variablen, und zwar in den störungsrelevanten persönlichkeitspsychologischen Skalen, in der Beschwerdenvariable und in der Höhe des Körpergewichts bei zusätzlich psychologisch behandelten LVA-Kurpatienten umfassender und stabiler als bei vergleichbaren Patienten eintretenden, positiv interpretierbaren Veränderungen kann unsere zu den Effekten einer zusätzlichen psychologischen Behandlung formulierte Hypothese als bestätigt angesehen werden: " In psychologischen Variablen sind am Kurende und in der Halbjahreskatamnese günstigere Ergebnisse der Kurpatienten, die eine zusätzliche psychologische Behandlung erhalten haben, im Verhältnis zu vergleichbaren Patienten, die eine solche Behandlung nicht erhalten haben, festzustellen. Auch in anderen Merkmalsbereichen ergeben sich, vor allem insoweit zusätzliche psychologische Behandlungsmaßnahmen darauf (z.B. auf Gewichtsreduktion) bezogen waren, tendenziell günstigere Ergebnisse der Patienten mit zusätzlicher psychologischer Therapie."

24.6 Zusammenfassung

Im Rahmen von mehrfaktoriellen Varianzanalysen (insbesondere mit der Kombination der Faktoren Geschlecht, Altersgruppe, Kurwiederholung, Belastungsrating, zusätzl. psychologische Behandlung+, auch der Kombination der Faktoren Geschlecht, Alter, Berufsausbildung, Berufliche Tätigkeit, psychologische Behandlung++) und Chi-Quadrat-Tests werden interindividuelle Unterschiede zwischen LVA-Kurpatienten (N=29), die im Laufe des Heilverfahrens eine zusätzliche psychologische Behandlung erhalten haben, und Patienten, die eine solche Behandlung nicht erhalten haben (N=151) sowie per t-Tests für unabhängige Stichproben und Chi-Quadrat-Tests interindividuelle Differenzen zwischen der Behandlungsgruppe und einer nach Geschlecht, Altersgruppe, familiärem und beruflichem Status, Kurwiederholung, Hauptdiagnose, Belastungsrating, Raucherstatus und Lebensereignissen in den beiden Kurvorjahren parallelisierten LVA-Patientengruppe in den einzelnen Variablenbereichen überprüft. Im Zusammenhang mit den interindividuellen Unterschiedsanalysen werden auch Korrelationen berechnet, und zwar einmal gesamtstichprobenbezogen zwischen der dichotomisierten Variable nach der erhaltenen bzw. nicht erhaltenen zusätzlichen psychologischen Behandlung und allen anderen Variablen sowie behandlungsgruppenbezogen (zusätzlich psychologisch behandelte Patienten) zwischen der Sitzungszahl dieser Behandlung und den speziellen, zu deren Effizienzeinschätzung in den Katamnesebogen aufgenommenen 7 Items (die zum größten Teil "Gelassenheit und Optimismus" repräsentieren und anhand jeweils eines Items auf die allgemeine Einschätzung der psychologischen Behandlung als "hilfreich" und zur Einschätzung des aus dieser resultierenden Nutzens bezogen sind) einerseits und allen anderen Variablen andererseits. Sodann werden für die gesamte, die männliche und die weibliche sowie für zwei behandlungsspezifische Gruppen der zusätzlich psychologisch behandelten Patienten, außerdem für die Parallelisierungsgruppen von LVA-Kurpatienten die intraindividuellen Veränderungen in den einzelnen Variablenbereichen

+ G-A-W-B-P ++ G-A-BA-BT-P

zwischen Kuranfang und Kurende sowie zwischen Kuranfang und Halbjahreskatamnese (T1-T2, T1-T3) analysiert (t-Tests, Regressionsrechnung).
Im Rahmen der interindividuellen Vergleiche anhand des G-A-W-B-P-Designs ergeben sich - entsprechend der statistisch bedeutsamen Haupteffekte - folgende Unterschiede zwischen den zusätzlich psychologisch behandelten und den übrigen nicht dementsprechend behandelten LVA-Kurpatienten: Sie unterscheiden sich nicht bedeutsam in den Variablen des Fragebogens Einstellung zur Kur EzK, jedoch in denen des Fragebogens Beurteilung der Kur BdK: Die zusätzlich psychologisch behandelten Patienten erreichen vermehrt positive Werte in der globalen subjektiven Kurerfolgsbeurteilung (BdK1) und in der Bewertung psychologischer Kurmaßnahmen (BdK4) im Vergleich zu den Patienten ohne diese Behandlung,wie sie auch in der Halbjahreskatamnese Nutzen und Erfolg ihres Heilverfahrens positiver einschätzen als diese. In den weiteren psychologischen Fragebogenvariablen ergibt sich, daß die zusätzlich psychologisch behandelten Patienten, jeweils im Vergleich zu den nicht dementsprechend behandelten Patienten, zum Kuranfang höhere Ausprägungen in dem Krankheitskonzept "Seelische, psychosoziale Probleme und Psychotherapie" (KKB1) und zum Kurende verminderte Werte in dem Konzept Stress und Schonung" (KKB2) erreichen. Weiterhin beschreiben sie sich zum Kuranfang mit einer etwas verringerten Tendenz zur Beachtung von Krankheitsanzeichen (HG3) und in den Persönlichkeitsinventaren als vermehrt emotional labil (FPIN), als erregbar, nervös, bedrückt und sexuell konflikthaft (BPI2, 3, 4, 5). Entsprechende bedeutsame Haupteffekte finden sich zum Ende des Heilverfahrens und zur Halbjahreskatamnese nicht mehr. Bei der letzteren zeigt sich in den Persönlichkeitsinventaren noch eine vermehrte Offenheit in der Selbstdarstellung (FPI9) der psychologisch gegenüber den nicht zusätzlich psychologisch Behandelten. Zu diesem Termin unterscheiden sich die erst- von den zweitgenannten auch durch verminderte Auspräungen in ihren subjektiven Beschwerden (FBL1 Allg.). In den Stimmungsskalen SES findet sich lediglich zum Kuranfang

eine vermehrte "Aktiviertheit" (SES3) der zusätzlich psychologisch behandelten Kurpatienten, während sich in dem Fragebogen zur Erfassung subjektiver psychosozialer Belastungen im Zusammenhang mit Ehe, Familie und Beruf keine statistisch zu sichernden Haupteffekte herausstellen. In der zu T2 erfolgenden Einschätzung der Patienten durch Gruppenarzt und Gruppenbetreuerin findet sich jeweils ein P-Haupteffekt hinsichtlich des Kurerfolgs und der Prognose bezüglich des Gesundheitsverhaltens sowie in bezug auf die psychosomatische Gestörtheit, jeweils aus der Sicht des behandelnden Gruppenarztes, mit positiveren Werten der zusätzlich psychologisch behandelten Kurgänger. Während sich im Anamnestischen Erhebungsbogen zusätzlich psychologisch behandelte und nicht zusätzlich psychologisch behandelte Kurpatienten praktisch nicht bedeutsam unterscheiden, kennzeichnen sich die erstgenannten gegenüber den zweitgenannten im Katamnestischen Erhebungsbogen durch eine Einschätzung der life events im familiären Bereich als eher angenehm-erfreulich sowie eine vermehrte zuversichtliche Zukunftserwartung bezüglich des Berufs und eine teilweise häufigere Übernahme von während der Kur erlernten gesundheitsförderlichen Übungen, allerdings auch durch eine geringere Zahl von zur Erholung genutzten Stunden. Im Psychologischen Interview geben die erstgenannten vermehrt unangenehm-ärgerliche und belastende life events für den familiären und wirtschaftlichen Bereich an und schätzen den Nutzen der psychologischen Untersuchungen höher ein. Zusätzlich psychologisch behandelte Patienten bewerten ihre eigene Kindheit als weniger glücklich, erwähnen in ihren FE häufiger die eigene Mutter und den eigenen Vater, seltener hingegen das Thema Aggression, wie ihre FE wiederum häufiger unter dem Gesichtspunkt von Aktivität und Passivität als damit zusammenhängenden neutralen Angaben eingeordnet werden können. In der Untersuchereinschätzung erreichen sie höhere Werte in psychischer Belastung und Ängstlichkeit sowie in soziopsychosomatischer Eigenwahrnehmung und Selbstexploration als die Patienten ohne eine zusätzliche psychologische Behandlung. In den medizinischen Variab-

len erreichen sie zum Kuranfang höhere pdR- und BKS-Werte als diese. In den medizinischen Kennwerten zeigt sich zum Teil auch ein Unterschied zwischen 1. den überwiegend nach klientzentrierten und 2. den überwiegend nach verhaltenstherapeutischen bzw. kombiniert behandelten Personen: Die zweite Gruppe hat zum 1. und 2. Erhebungstermin ein höheres Körpergewicht, nicht mehr aber zum Katamnesetermin.

Durch die Parallelisierungsoperation kann erreicht werden, daß einige der bisher genannten Unterschiede, besonders hinsichtlich der belastungsrelevanten Kennwerte im Interview auch bezüglich des Körpergewichts, zurücktreten, während sie in den weiteren psychologischen Fragebogen noch zu einem erheblichen Teil erhalten bleiben (weshalb in der späteren Veränderungsanalyse auch regressionsanalytische Befunde unter Einschluß von Ausgangswerten in diesen Fragebogen, auch in medizinischen Variablen, als "Prädiktoren" von Differenzbeträgen herangezogen werden). Diese obengenannten Korrelationsberechnungen verdeutlichen und erweitern die Informationen, die beim interindividuellen Vergleich zwischen zusätzlich psychologisch behandelten und nicht dementsprechend behandelten LVA-Kurpatienten (der gesamten Restgruppe bzw. der Parallelgruppe) gewonnen wurden. Sie geben gleichzeitig auch Anhaltspunkte über selektions- und indikationsrelevante Charakteristiken sowie über eventuelle zusätzliche Behandlungseffekte bei den psychologisch behandelten Patienten. U.a. zeigt sich, daß unter selektions- und indikationsrelevantem Gesichtspunkt zunehmende positive Angaben zu den speziellen Veränderungsitems mit eher unspezifischen geäußerten subjektiven Belastungen, mit psychosozial-psychotherapeutischen Krankheitskonzepten und Behandlungserwartungen, mit eher offener Selbstdarstellung, auch mit Krankheitsanfälligkeit, wie auch mit eher weniger aktiven Zuständen, hingegen weniger positive Angaben mit körperbezogenen Behandlungsvorstellungen der Patienten jeweils zum Kuranfang einhergehen (EzK, KKB, BPI, SES, Anamnese, Interview). Dagegen hängen die veränderungsbezogenen Angaben kaum mit spezifischen psychosozialen Belastungsdimensionen (BFB) zum Kur-

anfang zusammen. Unter dem Gesichtspunkt der zusätzlichen Behandlungseffekte treten zu den späteren Erhebungsterminen (T2, T3) u.a. etliche Beziehungen zwischen den speziellen behandlungsspezifischen Items und subjektiven erfolgsrelevanten Merkmalen, hingegen eher negative Beziehungen mit hypochondrierelevanten und auf somatische Attribuierung bezogenen Krankheitskonzepten (HG3, KKB3) hervor.

Im Rahmen der intraindividuellen Vergleiche der Variablenausprägungen zwischen dem Kuranfangs- und Kurende- sowie dem Kuranfangs- und Katamnesetermin (T1-T2, T1-T3), die für die gesamte, die männliche und weibliche Gruppe der zusätzlich psychologisch behandelten Patienten (N=29, 18 und 11) für die beiden behandlungsmethodenspezifischen Gruppen der vorwiegend klientzentriert behandelten und der kombiniert und überwiegend verhaltenstherapeutisch behandelten Patienten (N=17 und 12) sowie für die Parallelisierungsgruppe (N=29) vorgenommen werden, finden sich folgende statistisch bedeutsamen Veränderungen der zusätzlich psychologisch behandelten LVA-Kurpatienten, die bei vergleichbaren (parallelisierten) LVA-Kurpatienten nicht bzw. nicht in gleichem Maße festzustellen sind: Die zusätzlich psychologisch behandelten Patienten beschreiben sich (gesamte, männliche und weibliche Gruppe) zum Kurende als vermindert mißtrauisch gegenüber ihrem eigenen Körper (HG4); gleichzeitig ergibt sich zu diesem und zum katamnestischen Erhebungszeitpunkt eine zunehmende Risikovermeidung für die männlichen Patienten. Nach Aufteilung der Patienten nach der Art ihrer psychologischen Behandlung ergibt sich, daß die überwiegend gesprächspsychotherapeutisch behandelten Kurpatienten zum Kurende als weniger mißtrauisch gegenüber Ärzten und Therapeuten (HG1) erscheinen, was sich für die Parallelgruppe zu T3 ergibt.

Im FPI beschreiben sich die zusätzlich psychologisch behandelten Patienten zum Kurende und zur Halbjahreskatamnese als emotional weniger labil und vermehrt extravertiert. Zum Kurende finden sich außerdem zunehmende Werte in Aggressivität und Offenheit für die zusätzlich psychologisch be-

handelten Frauen, jedoch eine verminderte Offenheit der Männer. Bei Aufteilung nach der vorherrschenden Therapiemethode zeigt sich sowohl zum 2. als auch zum 3. Erhebungstermin eine Verminderung im Ausmaß des Neurotizismus, zum letztgenannten Zeitpunkt auch eine verminderte Aggressivität, für die vorwiegend klientzentriert behandelten Personen, während die vorwiegend verhaltenstherapeutisch und kombiniert behandelten Patienten zur Katamnese als vermehrt extravertiert erscheinen. Für die parallelisierte Gruppe ergeben sich keine signifikanten Veränderungen in den FPI-Variablen, außer einem zu T3 eher wieder zunehmenden Neurotizismusausmaß. Ähnliche Ergebnisse stellen sich auch im BPI heraus. Die gesamte, die männliche und weibliche Gruppe der Patienten mit zusätzlicher psychologischer Behandlung beschreiben sich zum Kurende (zur Katamnese lag das BPI nicht vor) als vermindert gehemmt, erregbar, nervös, depressiv und sexuell konflikthaft. Bei der Aufteilung nach den beiden Therapiegruppen ergibt sich, daß beide bedeutsame Verminderungen in den Werten der Gehemmtheits- und Erregbarkeitsskala erreichen, während die bedeutsam positiven Effekte in den Skalen Nervosität, Depressivität und Intimbereich nur für die gesprächspsychotherapeutisch behandelten Personen aufzufinden sind. Für die LVA-Patienten der Parallelisierungsgruppe ergeben sich keine statistisch zu sichernden Veränderungen in den BPI-Skalen.

Die Verminderung der subjektiven Beschwerden (FBL) zum Kurende und zur Halbjahreskatamnese ist sowohl für zusätzlich psychologisch behandelte als auch vergleichbare LVA-Kurpatienten, allerdings für die erstgenannten in etwas größerem Ausmaß, festzustellen.

Die Veränderungen der zusätzlich psychologisch behandelten Patienten in den weiteren Variablen der psychologischen Fragebogen, insbesondere in SES, BFB und KKB, sowie im größten Teil der medizinischen und anamnestisch-katamnestischen Variablen unterscheiden sich nicht bedeutsam von denen vergleichbarer Patienten. Allerdings ergeben sich für die zusätzlich psychologisch, und zwar vorwiegend kombi-

niert und verhaltenstherapeutisch behandelten Patienten auch in der Halbjahreskatamnese anhaltende Verminderungen ihres Körpergewichts (das zum Kuranfang teilweise als Übergewicht anzusehen war) während dementsprechende Veränderungen für vergleichbare, nicht zusätzlich psychologisch behandelte Patienten, nicht (tendenziell sogar in umgekehrter Richtung) festzustellen sind.

Auch die Regression mit dem Prädiktor der zusätzlichen Psychologischen Behandlung - neben anderen anamnestisch-soziographischen sowie die Ausgangswerte in den wiederholt erhobenen Variablen berücksichtigenden Prädiktoren - auf die Differenzbeträge in den einzelnen in Wiederholungsform vorliegenden Variablen, läßt signifikante Anteile dieses Behandlungsfaktors, vor allem für die oben beschriebenen psychologischen Kennwerte, deutlich werden.

Die interindividuellen Unterschiedsanalysen, ebenso die Zusammenhangsanalysen, werden unter Gesichtspunkten der Präselektion, der Indikation und Vergleichbarkeit sowie der - hier deutlichen - eventuellen Zusatzbehandlungseffekte der zusätzlich psychologisch behandelten Patienten und der zwischen diesen auftretenden Unterschiede diskutiert und mit einschlägigen Literaturberichten verglichen. Ebenfalls werden die im Zusammenhang mit der zusätzlichen psychologischen Behandlung und der unterschiedlichen Behandlungsmethoden(vor allem der klientzentrierten und der kombinierten Behandlung) auftretenden spezifischen sowie unspezifischen (also auch bei der Parallelisierungsgruppe auftretenden) Effekte unter Heranziehung verwandter Studien diskutiert. Die Hypothesenprüfung schließt sich an, in der die Hypothese zu Veränderungen in bestimmten Variablenbereichen als weitgehend bestätigt angesehen wird.

25 Ergebnisse zu Frage 13: Ergeben sich beim Vergleich von zusätzlich psychologisch behandelten Patienten der LVA- und der BfA-Kurklinik unterschiedliche Behandlungseffekte in Abhängigkeit von der Art der Behandlung und den mit der Zugehörigkeit zur LVA- und BfA-Stichprobe verbundenen soziografischen und anamnestischen Merkmalen ?

25.1 Vorbemerkungen und Beschreibung der Stichprobe der zusätzlich psychologisch behandelten BfA-Patienten im Vergleich zu anderen Patientengruppen

Mit dieser Frage ist ein weiterer derjenigen Teile der vorliegenden Arbeit angesprochen, in denen Untersuchungsdaten sowohl von Kurpatienten der LVA-Kurklinik Buching als auch von Kurpatienten der BfA-Dörenberg-Klinik Bad Iburg vergleichend zur Auswertung kommen. Im einzelnen werden mit der Fragestellung die folgenden Problembereiche berührt: Erstens geht es um die vergleichbare oder unterschiedliche Wirkung von bestimmten (mehr oder weniger vergleichbaren) psychologischen Behandlungsmethoden in Abhängigkeit von verschiedenen, insbesondere mit dem Status des LVA- oder BfA-Patienten verknüpften soziographisch-anamnestischen Merkmalen. Dabei ist von besonderem Interesse, inwieweit sich die Veränderungen, die spezifisch für die zusätzlich psychologisch behandelten LVA-Patienten sind, auch bei den zusätzlich psychologisch behandelten BfA-Patienten ergeben.

Zweitens ist das Problem berührt, inwieweit sich aufgrund unterschiedlicher psychologischer Interventionsformen (siehe unten) auch unterschiedliche oder durchaus ähnliche Effekte erzielen lassen (vgl. z.B. GRAWE 1978a).

Drittens geht es darum, Anhaltspunkte für die Indikation bestimmter psychologisch-therapeutischer Kur- bzw. Rehabilitationsmaßnahmen bei LVA- oder/und BfA-Kurpatienten zu gewinnen (vgl. FAHRENBERG u.a. 1978b).

Im Rahmen der vorliegenden Studie können die drei genannten Probleme nur vorläufigen und hypothetischen Lösungen zugeführt werden. Im Hinblick auf das erstgenannte Problem erscheint es u.a. naheliegend, in den verschiedenen Variablen die Unterschiede zwischen Kuranfang und Kurende (T1-T2)

sowie Kuranfang und Katamnese (T1-T3) für die zusätzlich psychologisch behandelten BfA-Patienten, insbesondere, insoweit diese außer dem unterschiedlichen versicherungs- und berufsbezogenen Status den LVA-Patienten (z.B. in der Diagnose) vergleichbar sind, zu untersuchen. Je nachdem, ob ähnliche oder verschiedene Veränderungen auftreten, wäre die Folgerung nahegelegt, daß auch bei BfA-Patienten mit einer zusätzlichen psychologischen Behandlung bestimmte Veränderungen in vergleichbarer oder verschiedener Weise zu erwarten sind. Allerdings ist dazu die Überprüfung notwendig, inwieweit sich die zusätzlich psychologisch behandelten Patienten der LVA- und der BfA-Kurklinik von vornherein in interindividueller Hinsicht in den verschiedenen Merkmalsbereichen unterscheiden oder nicht unterscheiden. Je weniger sich hier (unter Konstanthaltung anderer bedeutender Faktoren, insbesondere in varianzanalytischen Designs) die beiden Stichproben unterscheiden, desto eher ist die genannte Folgerung gerechtfertigt, wobei hierbei von der Spezifität der Behandlung abgesehen wird. Damit bleibt eine Reihe von weiteren Fragen aber immer noch ungelöst. So ist z.B. fraglich, inwieweit die zusätzliche psychologische Behandlung der LVA- und BfA-Patienten in ihrer methodischen Gestaltung miteinander vergleichbar ist. Wir gehen darauf im Zusammenhang mit dem zweitgenannten Problem ein.

Zu dem zweitgenannten Problem nach der differentiellen Wirkung verschiedener Behandlungsmethoden ist zunächst einmal festzustellen, daß dieses angesichts der doch erheblichen Verschiedenartigkeit von psychologischen Behandlungsmethoden, wie sie an der BfA-Dörenberg-Klinik angewendet wurden, etwas differenzierter angegangen werden kann und sollte. Nach WELSCH (1979, persönliche Mitteilung) bestanden die dortigen zusätzlichen psychologischen Behandlungsverfahren in (Stichprobengrößen jeweils für gesamte, männliche und weibliche Gruppe in Klammer) 1. psychologischer Therapie bzw. Beratung (N=96, N=41 m., N=55 w.), 2. Autogenem Training (N=139, N=75 m., N=64 w.), 3. Tiefenmuskelentspannung (N=41, N= 17 m., N=24 2.), 4. Nichtraucher-Training (N=29, N=17 m., N=12 w.), 5. Training für Übergewichtige (Über-

gewichtsreduktionstraining, N=24, N=12 m., N=12 w.), 6. sonstigen Verfahren (N=10, N=5 m., N=5 w.). Teilweise beteiligten sich Patienten während ihres Heilverfahrens an mehreren Therapiemaßnahmen, so daß in die eben gegebene Auflistung auch Mehrfachnennungen eingehen. Werden die Patienten danach zusammengezählt, ob sie zumindest an einer (oder/und mehreren) dieser Einzelmaßnahmen teilgenommen haben, dann ergeben sich N=169 (N=74 Männer und N=95 Frauen) von insgesamt N=214 bei WELSCH untersuchten BfA-Patienten, die im Laufe ihrer Kur eine zusätzliche psychologische Behandlung erhalten haben.

Mit der größeren Differenziertheit der Methoden an der Dörenbergklinik (die u.a. durch die Tätigkeit von mehreren Psychologen zu erklären ist) wird es zugleich erschwert, die zusätzliche psychologische Behandlung der dortigen BfA-Patienten und diejenige der Buchinger LVA-Patienten miteinander zu vergleichen. Oberflächlich betrachtet könnten wir von einer gewissen Vergleichbarkeit ausgehen. So wurden sowohl bei BfA- als auch LVA-Patienten z.B. überwiegend klientzentrierte Methoden (bei WELSCH als psychologische Therapie bzw. Beratung bezeichnet) oder überwiegend kombinierte Methoden, bestehend aus klientzentrierten und verhaltens- teilweise auch kommunikationstherapeutischen Methoden, angewendet, wie in beiden Fällen auch überwiegend nur verhaltenstherapeutische Verfahren, z.B. hinsichtlich der Übergewichtsreduktion, zum Einsatz kamen. Über diese Ähnlichkeiten hinaus bleiben jedoch etliche Vergleichbarkeitsfragen offen, so z.B. hinsichtlich der Stichprobengröße, der einzelnen therapeutischen Techniken und Therapeutenvariablen, der Dauer bzw. Zahl der Behandlungssitzungen, des gruppen- oder einzeltherapeutischen Settings (ersteres überwiegend in Bad Iburg, zweites ausschließlich in Buching), der Art der Verflechtung mit anderen, z.B. medizinischen Behandlungsverfahren und - durch Ärzte und Schwestern übernommen - psychologischen Kurmaßnahmen. Ein anderer Aspekt der Vergleichbarkeitsproblematik betrifft die Tatsache, daß der Kuranfangstermin, den wir analog wie bei den LVA-Patienten auch bei den BfA-Patienten

als T1 bezeichnen, für diese faktisch den zweiten Erhebungstermin darstellt. Die BfA-Patienten waren bekanntlich schon im Rahmen einer vier Wochen vor der Kur liegenden Vorerhebung anhand der psychologischen Fragebogen untersucht worden, so daß die von ihnen zum Kuranfangstermin ermittelten Daten von charakteristischen Problemen der Testwiederholung, wie Orientierungs-, Gewöhnungs- und Lerneffekten, sowie von in den unterschiedlichen "demand characteristics" von häuslicher und Klinikumgebung begründeten Einflüssen betroffen sind (vgl. z.B. HARTIG 1975; PETERMANN 1977). Auf darauf bezogene statistische Kontrollverfahren müssen wir hier einstweilen verzichten.

Was unabhängig davon das Problem der therapiespezifischen Vergleichbarkeit betrifft, so erscheint es uns zweckmäßig, nach einem noch möglichen gemeinsamen Nenner Therapieuntergruppen zu bilden und die dementsprechend konstituierten Bad Iburger Gruppen im Verhältnis zu den entsprechenden Buchinger Teilgruppen der zusätzlich psychologisch behandelten Patienten als "Therapievergleichsgruppen" zu behandeln. Ein solcher gemeinsamer Nenner besteht darin, die in Buching überwiegend verhaltenstherapeutisch behandelten und die in Bad Iburg nur mit Hilfe von Entspannungs-, Nichtraucher- oder/und Übergewichtstraining behandelten Patienten zu einer Gruppe "überwiegend verhaltenstherapeutisch behandelter" Personen zusammenzufassen, außerdem die in Buching klientzentriert und die in Bad Iburg nur durch psychologische Therapie bzw. Beratung behandelten Patienten als eine weitere Gruppe und schließlich die in Buching kombiniert klientzentriert und verhaltens- sowie kommunikationstherapeutisch behandelten sowie in Bad Iburg sowohl mit psychologischer Therapie/Beratung als auch einer oder mehrerer weiterer Verfahren behandelter Patienten als weitere Gruppe der "kombiniert" behandelten Patienten in die Auswertung einzubeziehen. Daraus ergeben sich dann innerhalb der zusätzlich psychologisch behandelten BfA-Patienten folgende Therapievergleichsgruppen: 1. Gruppe mit psychologischer Therapie/Beratung, N=8 (N= 3 Männer, N=5 Frauen), 2. Gruppe mit kombinierter Therapie, N=88 (N=38 Männer, N=50 Frauen),

3. Gruppe mit überwiegender Verhaltenstherapie, N=73 (N=33 Männer, N=40 Frauen). Wohlgemerkt, diese Bildung von drei Therapievergleichsgruppen zu den drei Gruppen der in Buching zusätzlich psychologisch behandelten Patienten stellt lediglich eine Annäherung an Vergleichserfordernisse dar. Die daraus zu erzielenden Aussagen bleiben hypothetisch, wenngleich sie eine hypothesenstiftende Bedeutung haben.

Hinsichtlich des drittgenannten Punktes der "Indikationshilfe" geht es zunächst einmal darum, die zusätzlich psychologisch behandelten Patienten aus der LVA- und BfA-Patientenstichprobe einander unter Kontrolle verschiedener weiterer Faktoren wie Alter, Geschlecht, Berufsausbildung und Berufstätigkeit, Hauptdiagnose sowie Art der zusätzlichen psychologischen Behandlung u.a. in den verschiedenen, besonders psychologischen Merkmalsbereichen, gegenüberzustellen. Wird diese Gegenüberstellung zu den einzelnen Erhebungsterminen vorgenommen, so kann, je mehr sowohl zum einen als auch zum wiederholten Untersuchungszeitpunkt die gleichen LVA-BfA-Patientenunterschiede auftreten, sich also in varianzanalytischer Hinsicht mehrfach in den gleichen abhängigen Variablen derselbe bedeutsame Haupteffekt des Faktors Zugehörigkeit zur zusätzlich psychologisch behandelten LVA- oder BfA-Gruppe ergibt, angenommen werden, daß sich zwischen beiden Gruppen über die Zeitpunkte hinweg vergleichbare Unterschiede ergeben. Diese Aussage ist, wenn sich bei beiden Gruppen mit einer vergleichbaren Art der zusätzlichen psychologischen Behandlung gleiche bzw. ähnliche intraindividuelle Unterschiede zwischen T1 und T2 bzw. T3 ergeben (zu den Grenzen der Vergleichbarkeit siehe oben), auch in die Richtung möglich, daß bei den Patienten beider Stichproben zu Kurende oder/und Katamnese ähnliche Veränderungen zu erwarten sind. Dies wäre z.B. der Fall, wenn sowohl bei der LVA- als auch BfA-Gruppe, die klientzentriert bzw. mit "psychologischer Therapie" behandelt wurde, eine Verminderung emotionaler Labilität (im FPI) eintritt. Auf einem unspezifischeren Niveau wären im Zusammenhang mit der Indikationsfrage ebenfalls Vergleiche zwischen LVA-

und BfA-Patienten, ohne Rücksicht darauf, in welcher Weise sie psychologisch behandelt wurden, möglich: dadurch, daß sie als eine Gruppe definiert und jeweils den nicht zusätzlich psychologisch behandelten Patienten gegenübergestellt werden. In diesem Falle könnte man sagen, daß sich psychologisch behandelte Gruppen (falls entsprechende Haupteffekte etwa in der Varianzanalyse auftreten) über die mit LVA- und BfA-Zuordnung verbundenen sozioökonomischen u.a. Unterschiede hinweg so und so von den nicht entsprechend behandelten Personen unterscheiden, bzw. (falls der Faktor der zusätzlichen psychologischen Behandlung keine Unterschiede begründet) nicht unterscheiden.

Im folgenden beschreiben wir zunächst die Stichprobe der zusätzlich psychologisch behandelten BfA-Kurpatienten anhand der anamnestisch-soziografischen Merkmale (Abkürzungen jeweils in Klammer) des Geschlechts (G),der Altersgruppe (A), des Familienstandes (F), der Kinderzahl (Ki), der (vorhandenen bzw. nicht vorhandenen) Berufsausbildung (BA), der Art der Berufstätigkeit (BT), außerdem anhand der (aufgrund der durch die Zuordnung der Kurklinikärzte gegebenen) Zugehörigkeit zur Hauptdiagnose des "Psychovegetativen Syndroms" oder anderweitiger Hauptdiagnosen (D). Sodann vergleichen wir sie in diesen Merkmalen, ebenso in den durch die Bildung der drei Therapievergleichsgruppen gegebenen Zuordnungen, mit der Gruppe der zusätzlich psychologisch behandelten LVA-Kurpatienten, und zwar mittels Chi-Quadrat-Tests. Innerhalb der Gruppe der zusätzlich psychologisch behandelten BfA-Patienten, ebenso innerhalb der gesamten, also der LVA- und BfA-Patienten umfassenden, Gruppe mit psychologischer Behandlung (N=198) werden die genannten anamnestischen und diagnosespezifischen Merkmalsverteilungen den Unterschieden in den drei Therapievergleichsgruppen gegenübergestellt, wie hier auch das Geschlecht mit den übrigen anamnestisch-diagnosespezifischen Merkmalen kreuztabelliert wird. (vgl. Tab. 53).

Aus diesen Unterschiedsprüfungen werden sodann Folgerungen für die weitere Strukturierung des - hauptsächlich interessierenden - Vergleichs zwischen den zusätzlich psycholo-

gisch behandelten LVA- und BfA-Patienten, und zwar hinsichtlich der weiteren interindividuellen und intraindividuellen Unterschiedsanalysen gezogen.

Wie bereits erwähnt, gehören N=74 (43.8%) Patienten der zusätzlich psychologisch behandelten BfA-Patienten-Stichprobe dem männlichen und N=95 (56.2%) Patienten dem weiblichen Geschlecht an. N=70 Personen sind 30 bis 40 (41.4%) und N=99 (58.6%) sind 41 bis 50 Jahre alt. N=29 (17.3%) wohnen auf dem Dorf, N=67 (39.9%) in der Klein- und N=72 (42.9%;1 missing data) wohnen in der Großstadt. Der Familienstand stellt sich folgendermaßen dar: N=18 (10.7%) Ledige, N=125 (74.0%) Verheiratete, N=7 (4.1%) Verwitwete, N=3 (1.8%) getrennt Lebende, N=16 (9.5%) Geschiedene. N=22 (13.9%) haben keine Kinder, N=49 (31.0%) haben 1 Kind und N=87 (55.1%, bei 11 missing data) haben 2 und mehr Kinder. N=81 BfA-Patienten (47.9%) fallen unter eine anderweitige Hauptdiagnose durch die Kurklinikärzte als unter die des "Psychovegetativen Syndroms", während diese Diagnose bzw. die in Buching darunter subsummierten Untertypen auf N=88 (52.1%) zutreffen.N=140 (83.0%) der Patienten haben eine Berufsausbildung, während diese bei N=29 (17.0%) nicht vorhanden ist. Von der Art der beruflichen Tätigkeit her gesehen, befinden sich unter der BfA-Patienten-Stichprobe mit zusätzlicher psychologischer Behandlung N=7 (4.0%) Hausfrauen, N=1 Facharbeiter bzw. Spezialarbeiter (1.0%), während die große Mehrzahl von N=161 (95.0%) unter die Gruppe der beruflich höhergestellten Personen, d.h. der Angestellten, Selbständigen, Beamten und freien Berufe fällt.

Nun zu den Unterschiedsanalysen: Daß der Anteil der zusätzlich psychologisch behandelten Patienten in der BfA-Stichprobe mit N=169 von N=214 weit über dem in der LVA-Stichprobe mit N=29 von N=180 liegt, braucht nach den bisherigen Beschreibungen der BfA-Kurgänger kaum mehr hervorgehoben zu werden.

Von besonderem Interesse ist nun also die Frage, ob sich die beiden Gruppen der zusätzlich psychologisch behandelten LVA- und BfA-Gruppen in den genannten Merkmalen bedeutsam

unterscheiden. Es finden sich recht eindeutige Unterschiede in der Berufsausbildung, die von relativ weniger LVA- als BfA-Patienten erreicht wird (N=19 Ja- und N=10 Nein-Antworten -65.5% und 34.5%-bei den LVA-Patienten gegenüber N=140 und N=29 - 83% und 17% - bei den BfA-Patienten); in der Berufstätigkeit, die bei einer größeren Anzahl von LVA- als BfA-Patienten durch einfachere und untergeordnete Tätigkeiten gekennzeichnet ist (N=15 einfache Arbeiter, N=8 Fach- bzw. Spezialarbeiter, N=4 beruflich Höhergestellte, N=2 Hausfrauen - 51.8%, 27.5%, 13,8%, 6.9% - bei den LVA-Patienten, während N=161 - 95% - der BfA-Patienten zur Gruppe der beruflich Höhergestellten, jedoch nur N=1 - 1% - zu der Gruppe der Facharbeiter und N=7 - 4% - zu der der Hausfrauen gehören); außerdem in der Hauptdiagnose, die im Vergleich zu anderen Diagnosen bei den LVA-Patienten relativ häufiger (bei N=27 - 93.1% - gegenüber N=2 - 6.9%) als "Psychovegetatives Syndrom" anzutreffen ist, als bei den BfA-Patienten (bei N=88 - 52.1% gegenüber N=81 - 47.9% -). Gegenüber diesen Unterschieden (Chi^2 p jeweils $\ll$ .001) sind andere Differenzen, z.B. in der Zugehörigkeit zur Altersgruppe mit etwas häufiger jüngeren Patienten in der LVA-Stichprobe (p Chi^2 .064), weniger deutlich.

Sehr deutlich fallen die Unterschiede zwischen der LVA- und BfA-Gruppe hinsichtlich der Zugehörigkeit zu den drei Therapievergleichsgruppen aus. In der 1. Gruppe mit klientzentrierter Behandlung bzw. psychologischer Therapie befinden sich N=8 (4.7%) BfA- und N=17 (58.6%) LVA-Patienten, in der 2. Gruppe mit kombinierter Behandlung N=88 (52.1%) BfA- und N=7 (24.5%) LVA- sowie in der 3. Gruppe mit überwiegender Verhaltenstherapie N=73 (43.2%) BfA- und N=5 (16.9%) LVA-Patienten (Chi^2 p .000).

Bei der Gegenüberstellung der Unterscheidung nach den genannten anamnestisch-diagnosespezifischen Merkmalen und derjenigen nach den drei Therapievergleichsgruppen, und zwar innerhalb der Stichprobe der zusätzlich psychologisch behandelten BfA-Patienten, ergeben sich kaum Unterschiede mit Ausnahme der Hauptdiagnose. Das "Psychovegetative

Syndrom" entfällt auf N=2 (25.0%) im Vergleich zu N=6 (75%) mit anderweitigen Hauptdiagnosen in 1. der Gruppe der Patienten mit psychologischer Therapie bzw. Beratung, während die entsprechenden Zahlen für 2. die kombiniert behandelte Gruppe bei N=53 (60.2%) gegenüber N=35 (39.8%) und für 3. die verhaltenstherapeutisch behandelte Gruppe bei N=33 (45.2%) gegenüber N=40 (54.8%) liegen (Chi^2 p .048). Wird die gleiche Gegenüberstellung nun unter Zugrundelegung nicht nur unter Einbeziehung der zusätzlich psychologisch behandelten BfA- sondern zugleich auch noch der zusätzlich psychologisch behandelten LVA-Patienten vorgenommen (N=198), dann ergeben sich keine bedeutsamen Unterschiede. In der Gruppe der zusätzlich psychologisch behandelten BfA-Patienten (N=169) sind die anamnese- und diagnosespezifischen Merkmale nur wenig abhängig vom Geschlecht, außer etwa dem Familienstand, und zwar mit etwas mehr verheirateten und weniger alleinstehenden Personen unter den männlichen als unter den weiblichen Patienten (Chi^2 p .013).

Aus den bisherigen Vergleichen ergibt sich: Da, was die interindividuellen Differenzen zwischen LVA- und BfA-Stichprobe-Patienten anbelangt, vor allem diejenigen zwischen den Patienten aus beiden Kollektiven interessieren, die eine zusätzliche psychologische Behandlung erhalten haben, bildet das Merkmal der Zugehörigkeit zur zusätzlich psychologisch behandelten LVA- bzw. BfA-Patienten-Stichprobe (PP) eine der wichtigsten "unabhängigen Variablen" für die varianzanalytische Auswertung der metrischen Daten, ebenso auch für die einfacheren Chi-Quadrat-Tests. Wie wir gesehen haben, ist die Verteilung von Berufsausbildung, Berufstätigkeit sowie Hauptdiagnose zwischen den beiden Stichproben der zusätzlich psychologisch behandelten LVA- und BfA-Patienten signifikant unterschiedlich, so daß sie zu kontrollieren für die varianzanalytische Auswertung ebenfalls nahegelegt wird. Weiterhin ist von Interesse, inwieweit durch die vorherrschende Methode der zusätzlichen psychologischen Behandlung Unterschiede begründet werden, so daß auch die Unterscheidung nach psychologischer Therapie bzw. Beratung

bzw. klientzentrierter Behandlung, kombinierter Behandlung und verhaltenstherapeutischer Behandlung für die Varianzanalyse zweckmäßig ist; dies auch deshalb, weil sie am ehesten noch therapiespezifische Unterscheidungen über die Zugehörigkeit sowohl zur LVA- als auch BfA-Patienten-Stichprobe hinweg erlaubt.

Unter diesen Umständen, zu denen vor allem die unterschiedliche Verteilung bestimmter Gruppeneinteilungsmerkmale in der LVA- und BfA-Stichprobe gehört, erscheinen die folgenden statistischen Auswertungsverfahren zweckmäßig. In interindividueller Hinsicht werden die - von LVA- und BfA-Patienten mit zusätzlicher psychologischer Behandlung vorliegenden - metrischen Variablen anhand folgender simultan multifaktorieller varianzanalytischer Designs ausgewertet (Abkürzungen siehe oben, Erläuterungen für neu eingeführte Abkürzungen in Klammer): 1.PP-G-BA-BT (PP für Zugehörigkeit zur Stichprobe der zusätzlich psychologisch behandelten LVA- oder BfA-Patienten), 2. PP-G-BA-BT-D, 3. PP-G-BA-BT-PM (PM für die vorherrschende Therapiemethode im Rahmen der psychologischen Behandlung, und zwar aufgrund der Aufteilung in die drei Therapievergleichsgruppen), 4. PP-G-A-F-Ki. Dabei wird - wie in den bisher dargestellten varianzanalytischen Auswertungsplänen - bei bestimmten Merkmalen auf Gruppenzusammenfassungen zurückgegriffen; so werden im Falle der beruflichen Tätigkeit (BT) die von den Vorarbeitern und Meistern an registrierten aufsteigenden Tätigkeitsklassen zur Gruppe der beruflich Höhergestellten[+] im Falle des Familienstandes (F) die Gruppe der ledigen, verwitweten, getrennt lebenden und geschiedenen Patienten zur Gruppe der Alleinstehenden und im Falle der Kinderzahl (Ki) diejenigen mit 2 und mehr Kindern zu einer Klasse, neben den Patienten mit keinem und einem Kind, zusammengefaßt. Bei der Hauptdiagnose ist zu berücksichtigen, daß von den BfA-Patienten einmal diejenigen - wie bei den LVA-Patienten - zur Hauptdiagnose "Psychovegetatives Syndrom" gerechnet wurden, die eine entsprechende explizite Nennung hatten, sodann aber auch diejenigen, die als Untertypen an der Buchinger Kurklinik ebenfalls dazu gerechnet wurden, so

[+] Bei Zuordnung der Hausfrauen zur Gruppe der beruflich weniger Höhergestellten.

z.B. die hypotonen Regulationsstörungen. Aus Platzgründen nehmen wir in das Tabellenmaterial (Tab. 54) nur das Design PP-G-BA-BT-PM auf (Tabellen für übrige Designs beim Autor).
Im Rahmen der Chi-Quadrat-Tests werden Unterschiede sowohl unter Gegenüberstellung der jeweiligen gesamten Kollektive zusätzlicher psychologisch behandelter LVA- und BfA-Patienten sowie der jeweiligen Männer- und Frauengruppen getroffen (Tab. 53). Im einzelnen werden durch die genannten Gruppeneinteilungsmerkmale bzw. unabhängigen Variablen folgende Teilstichproben (unter Bezugnahme auf das Gesamt der beiden zusätzlich psychologisch behandelten LVA- und BfA-Stichproben) konstituiert: PP: N=29 LVA-Patienten (davon N=23 Teilnehmer an der Katamnestischen Untersuchung), N=169 BfA-Patienten (davon N=167 Teilnehmer an der Katamnestischen Untersuchung); G: N=106 Frauen, N=92 Männer; A: N=88 30-40-Jährige; BA: N=159 Patienten mit Berufsausbildung, N=39 Patienten ohne Berufsausbildung; BT: N=9 Hausfrauen bzw. ohne Beruf; N=15 einfache Arbeiter, N=9 Facharbeiter bzw. Spezialarbeiter, N=165 beruflich höhergestellte Patienten; D: N=83 Patienten mit anderweitigen Hauptdiagnosen als der des "Psychovegetativen Syndroms", N=115 Patienten mit dieser Hauptdiagnose; F: N=148 Verheiratete, N=50 Alleinst. (N=20 Led., N=7 Verwitw., N=4getr. Leb., N=19 Gesch.); Ki: N=27 ohne Kinder, N=62 mit 1 Kind, N=98 mit $\geq$ 2 Kindern; PM: N=25 Patienten mit psychologischer Therapie bzw. Beratung bzw. klientzentrierter Behandlung, N=100 Patienten mit kombinierter Behandlung, N=73 Patienten mit verhaltenstherapeutischer Behandlung.

Was nun die intraindividuellen Unterschiede, und zwar zwischen Kuranfang und Kurende sowie zwischen Kuranfang und Katamnese betrifft, so werden anhand statistischer Prüfverfahren (und zwar t-Test für abhängige Stichproben) Veränderungsanalysen im Hinblick auf die metrischen und in Wiederholungsform vorliegenden Variablen durchgeführt, während wir uns bezüglich der Veränderung in den wenigen (4) dichotom gestuften und in Wiederholungsform vorliegenden anamnestisch-katamnestischen Variablen zur Beurteilung der Lebensführung

als gesund, zur überwiegenden Freizeitgestaltung, zur Ausübung von Nebentätigkeiten und zur gegebenen Arbeitslosigkeit auf visuelle Analysen beschränken. In diesem Zusammenhang kann über interindividuelle Chi^2-Tests zur Aufnahme oder Beendigung des Rauchens in Abhängigkeit vom zur Kur ermittelten Raucherstatus auch hierzu etwas über Veränderungen gesagt werden. Die genannten, auf die metrischen Variablen bezogenen t-Tests für abhängige Stichproben werden für folgende Gruppen durchgeführt: Gesamte Stichprobe der zusätzlich psychologisch behandelten BfA-Patienten; daraus die Gruppe der männlichen und die Gruppe der weiblichen Patienten; die gesamte Gruppe der Patienten mit der Diagnose "Psychovegetatives Syndrom"; die beiden Geschlechtergruppen aus dieser Diagnosegruppe; analog die gesamte männliche, weibliche Gruppe der anderweitigen Diagnosegruppe; weiterhin die jeweils gesamte sowie die jeweils gesamte geschlechtsspezifische Gruppe der drei Therapievergleichsgruppen; die beiden diagnosespezifischen Gruppen aus der zweiten (kombiniert behandelten) und dritten (verhaltenstherapeutisch behandelten)Vergleichsgruppe darüberhinaus die einzeltherapiespezifischen Gruppen (z.B. Übergewichtsreduktion u.a.).

Aus Platzgründen nehmen wir in das Tabellenmaterial (Tab. 55-56) nur die t-Tests für die gesamte, männliche und weibliche Gruppe (Tab. 55) und die aus der Hauptdiagnosegruppe des "Psychovegetativen Syndroms" kommenden Patienten der kombiniert und verhaltenstherapeutisch behandelten Gruppe sowie für die gesamte Gruppe der mit Hilfe psychologischer Beratung bzw. Therapie behandelten Patienten (da Psychovegetatives Syndrom hier nur N=2 von N=8; Tab. 56) auf.

Im folgenden berichten wir zunächst über die Ergebnisse aus den interindividuellen Analysen, und zwar - in dieser Reihe - zu den Variablen der psychologischen Fragebogen, des Anamnestischen und Katamnestischen Erhebungsbogens sowie des Psychologischen Interviews, außerdem zu den medizinischen Variablen. Sodann stellen wir die Ergebnisse

aus den in bezug auf die BfA-Patienten erfolgten intraindividuellen Analysen, und zwar nacheinander in den psychologischen Fragebogenvariablen, in den medizinischen sowie in den anamnestisch-katamnestischen Variablen dar. Bei der Darstellung konzentrieren wir uns auf die gesamte Gruppe der zusätzlich psychologisch behandelten BfA-Patienten, auf die beiden jeweils gesamten Geschlechtergruppen, auf die drei Therapievergleichsgruppen, auf die (sechs) einzeltherapiebezogenen Gruppen, auf die jeweils gesamten Diagnosegruppen sowie auf die jeweils diagnosegruppenspezifischen Gruppen der kombiniert und verhaltenstherapeutischen Therapievergleichsgruppen (bei der ersten Therapievergleichsgruppe wegen zu kleinem N keine diagnosespezifische Aufspaltung). Die hierbei deutlich werdenden intraindividuellen Veränderungen zwischen T1 und T2 sowie T3 werden mit denjenigen, die spezifisch bei den zusätzlich psychologisch behandelten LVA- Patienten aufgefunden wurden, verglichen. Es folgt eine Diskussion dieser interindividuellen und intraindividuellen Überprüfungen und Vergleiche, der sich eine anschließende Zusammenfassung anschließt.

25.2 Interindividuelle Vergleiche zwischen zusätzlich psychologisch behandelten LVA- und BfA-Patienten

25.2.1 Variablen der psychologischen Fragebogen

25.2.1.1 Fragebogen Einstellung zur Kur EzK und Beurteilung der Kur BdK

In drei der insgesamt vier varianzanalytischen Designs (PP-G-BA-BT; PP-G-BA-BT-D; PP-G-A-F-Ki) wird ein bedeutsamer PP-Haupteffekt in der Variable EzK2 deutlich, die die Erwartung nach der Entlastung von alltäglichen Anforderungen und nach Aussprache repräsentiert. Die (zusätzlich psychologisch behandelten) LVA-Kurpatienten erreichen hier höhere Werte (p in den verschiedenen Designs zwischen $\leqslant .05$ und $\leqslant .001$), lediglich im PP-G-BA-BT-PM-Auswertungsplan, in

dem auch die Art der zusätzlichen psychologischen Behandlung einbezogen ist, erscheint dieser Haupteffekt nicht mehr. Er wird nunmehr durch den PM-Faktor "abgelöst", wobei die Patienten mit klientzentrierter Behandlung bzw. psychologischer Therapie und Beratung höhere Ausprägungen gegenüber denen mit kombinierter bzw. verhaltenstherapeutischer Behandlung erreichen. Ansonsten ergeben sich nur noch im PP-G-A-F-Ki-Design weitere Haupteffekte in Abhängigkeit von der Zugehörigkeit zur LVA- bzw. BfA-Patientenstichprobe und der vorherrschenden Behandlungsmethode im Rahmen der psychologischen Behandlung. Hiernach äußern die LVA-Patienten in erhöhtem Ausmaß die Erwartung nach Wiederherstellung eines befriedigenden Gesundheitszustandes (EzK1), jedoch in geringerem Ausmaß die Erwartung natürlicher Heilmaßnahmen (EzK3; $p \leqslant .05$). Innerhalb dieses Designs interagiert der PP- mit dem F-Faktor, und zwar in der zuletztgenannten Variable ($p \leqslant .05$, im Zusammenhang mit etwas verminderten Ausprägungen der LVA- und der alleinstehenden Patienten), auch erscheint hier eine PP-A-WW ($p \leqslant .01$, u.a. in Verbindung mit den höheren Werten der älteren Patienten). Darüber hinaus zeigen sich in den einzelnen Designs die Wechselwirkungen PPxD ($p \leqslant .05$ bei nahezu gleichen Ausprägungen der verschiedenen Diagnosegruppen) und BAxPM ($p \leqslant .05$) in EzK3 (in die u.a. die bekannten verminderten Werte der klientzentriert, außerdem der kombiniert behandelten sowie der Patienten ohne Berufsausbildung eingehen).
Innerhalb der BdK-Variablen finden sich in Abhängigkeit von den verschiedenen Designs unterschiedliche Haupteffekte. Ein behandlungsspezifischer Haupteffekt stellt sich im PP-G-BA-BT-PM-Design heraus, wonach sich die vorwiegend klientzentriert und die kombiniert behandelten im Vergleich zu den verhaltenstherapeutisch behandelten Patienten als vermehrt zufrieden mit den erholungs- und kommunikationsfördernden Bedingungen schildern ($p \leqslant .01$). Das Geschlecht interagiert in diesem Versuchsplan mit BT in BdK1 (Glob.subj.Kuref., $p \leqslant .05$; u.a. bei weniger positiven Werten der Frauen), mit PM in BdK2 (Zufr.med.Unt.Beh., $p \leqslant .01$; u.a. bei weniger positiven Werten der verhaltenstherapeutisch behandelten Per-

sonen). Darüber hinaus erscheint in dieser Variable noch ein diagnosespezifischer Haupteffekt (im Rahmen der PP-G-BA-BT-D-Auswertung) bemerkenswert, wonach sich die Patienten mit der Diagnose "Psychovegetatives Syndrom" als weniger zufrieden darstellen ($p < .05$). Schließlich ergibt sich ein PP-Haupteffekt im Zuge der PP-G-A-F-Ki-Auswertung in BdK4 (Pos.Bew.psych.Kurm.) mit vermehrt positiven Ergebnissen der LVA-Patienten ($p < .001$).
Wird - wie bei der Auswertung der LVA-Patienten-Daten - der Summenwert aus den ersten drei Kennwerten des Katamnestischen Erhebungsbogens, die sich auf den subjektiven Nutzen der Kur und die Dauer dieses Nutzens beziehen, gebildet, so ergibt sich in den verschiedenen varianzanalytischen Auswertungsplänen ein bedeutsamer Haupteffekt mit einer vermehrt positiven katamnestischen Kurerfolgseinschätzung der LVA-Patienten als der BfA-Patienten (p zwischen $< .01$ und $< .001$) Auch werden einige WWn sichtbar, so z.B. PPxGxBA im Zusammenhang mit den weniger positiven Einschätzungen der Frauen.

25.2.1.2 Fragebogen Hypochondrie und Gesundheitsverhalten HG

Haupteffekte für die in diesem Fragebogen erfassten vier Variablen treten in den Designs PP-G-A-F-Ki und PP-G-BA-BT PM auf. Im erstgenannten stellen sich die LVA-Patienten zum Kuranfang und zum Kurende als vermehrt risikovermeidend (HG2, p zwischen $< .05$ und $< .01$) gegenüber den BfA-Patienten dar, zum Kurende außerdem als in größerem Ausmaß mißtrauisch gegenüber ihrem eigenen Körper (HG4, $p < .05$, hier auch eine PPxF-WW, u.a. in Verbindung mit eher negativen Werten alleinstehender Personen, $p < .05$). Im zweitgenannten Design wird auch eine verminderte Beachtung von Krankheitsanzeichen bei den LVA-Patienten, und zwar zum 3. Erhebungszeitpunkt, deutlich ($p < .05$). In diesem Versuchsplan erscheinen auch mehrere bedeutsame WWn, so in HG1 (Mißtr. geg.Ärzte u. Therap.) zu allen drei Erhebungszeitpunkten als PPxGxPM, $p < .05$, u.a. bei etwas erhöhten Werten der

Frauen und der BfA- Patienten, zum 3. Erhebungszeitpunkt auch als GxBAxPM, $p \leqslant .05$). Zu T2 interagiert der PM-Faktor mit dem Geschlecht in HG2 (Risikovermeid.), außerdem zu T3 mit BT in HG3 (Beacht.v.Krankh.anz.), wobei in den ersten Fall die über die Therapiegruppen hinweg verminderten Werte der Männer und in den zweitgenannten Fall die höheren Ausprägungen der klientzentriert behandelten Patienten eingehen. Es soll noch darauf hingewiesen werden, daß sich keine bedeutsamen Haupteffekte in Abhängigkeit von den Hauptdiagnosen sichern lassen.

25.2.1.3 Fragebogen zur Erfassung subjektiver Krankheitskonzepte und Behandlungsvorstellungen KKB

Haupteffekte werden innerhalb der drei Designs PP-G-BA-BT, PP-G-A-F-Ki, PP-BA-BT-D sichtbar (p zwischen $\leqslant .05$ und $\leqslant .01$), wonach zu allen drei Untersuchungszeitpunkten höhere Ausprägungen der LVA-Patienten im Vergleich zu denen der BfA-Patienten in dem psychosozial-psychotherapeutischen Krankheitskonzept KKB1 (Seel.psychosoz.Probl.,Ps.-Th.) auftreten. Haupteffekte finden sich außerdem bei der PP-G-A-F-Ki-Kombination in KKB3 (Körperleid.u.Org.-Med.) zu T1 ($p \leqslant .05$) und in KKB2 (Stress u.Schon.) zu T2 ($p \leqslant .01$) mit jeweils geringeren Ausprägungen der LVA- gegenüber der BfA-Patienten. In dem auf die Arbeitssituation bezogenen subjektiven Krankheitskonzept KKB4 interagiert PP mit A, mit G und A sowie mit F (p jeweils $\leqslant .05$) zum Kurende, mit G und PM bereits zum Kuranfang ($p \leqslant .05$, u.a. im Zusammenhang mit etwas erhöhten Werten der LVA- und der männlichen sowie der klientzentriert und kombiniert behandelten Patienten). Für KKB3 findet sich zum 1. Termin auch eine PPxD-WW ($p \leqslant .05$), worin die etwas erhöhten Werte der männlichen und die etwas verminderten Werte der LVA-Patienten enthalten sind, und eine PPxA-WW ($p \leqslant .05$) bei eher geringen Werten der jüngeren Patienten. Zum Kuranfang präferieren die Patienten mit der Diagnose "Psychovegetatives Syndrom" vermehrt das auf Stress und Schonung bezogene Konzept (KKB2; $p \leqslant .05$).

25.2.1.4 Freiburger Persönlichkeits-Inventar FPI

Im Rahmen aller vier varianzanalytischer Designs erscheint ein bedeutsamer Haupteffekt, wonach die zusätzlich psychologisch behandelten LVA-Patienten im Vergleich zu den zusätzlich psychologisch behandelten BfA-Patienten zum Kuranfang erhöhte Neurotizismusausprägungen erreichen (p zwischen $\leqslant$ .05 und $\leqslant$ .01). Darüber finden sich etliche WWn, und zwar: in FPI9 (Offen.) zu T1 PPxBT (etwas höhere Werte der LVA- und der beruflich höhergestellten Patienten) auch PPxG und PPxAxKi, zu T2 PPxKi, PPxAxF, PPxAxKi (p $\leqslant$ .05); in FPIE (Extrav.) zu T2 PPxKi, zu T1 PPxG (bei nahezu gleichen Werten der Behandlungsgruppen und etwas geringeren Ausprägungen der LVA-Patienten; in FPI2 (Aggress.) zu T2 PPxBAxPM und PPxGxBAxPM (bei etwas niedrigeren Werten der verhaltenstherapeutisch als der anderweitig behandelten Patienten).

25.2.1.5 Freiburger Beschwerdenliste FBL

Im Rahmen des PP-G-A-F-Ki-Designs findet sich zum Kuranfang ein PP-Haupteffekt (p $\leqslant$ .05), und zwar mit höheren Beschwerdenausprägungen der LVA-Patienten, während in den anderen varianzanalytischen Faktorenkombinationen keine Haupteffekte in Abhängigkeit von der Zugehörigkeit zum LVA- bzw. BfA-Patientenkollektiv auftreten. WWn ergeben sich als PPx BT und PPxPM zum 1. PPxBT zum 2. Termin (p $\leqslant$ .05; u.a. in Verbindung mit höheren Ausprägungen der LVA-Patienten, auch der Facharbeiter sowie der klientzentriert behandelten Personen).

25.2.1.6 Adjektiv-Skalen zur Einschätzung der Stimmung SES

Im PP-G-BA-BT- und PP-G-BA-BT-D-Design finden sich bedeutsame Haupteffekte mit verminderten Ausprägungen der LVA-Patienten in den Skalen "Trägheit" sowie "Müdigkeit" jeweils zum Kuranfang, ebenso in der Trägheitsskala auch zum Kurende, und zwar im zweitgenannten Design. Im erstgenann-

ten Design ergeben sich, ebenso im zweitgenannten sowie im PP-G-BA-BT-PM-Design, zu Kurende und Halbjahreskatamnese auch bedeutsame Haupteffekte in der Skala "Ausgeglichene Stimmung" (SES7), die bei den LVA- gegenüber den BfA-Patienten verringert erscheint. In dem zuletztgenannten, die Behandlungsmethode einbeziehenden Design, wird der oben genannte Unterschied in der Trägheitsskala auch zum 3. Untersuchungszeitpunkt deutlich. Etliche Haupteffekte treten im PP-G-A-F-Ki-Design auf. Erneut beschreiben sich die LVA-Patienten zu T2 und T3 als vermindert träge, außerdem geben sie zum Zeitpunkt 1 eine eher gehobene Stimmung an, beschreiben sich überdies als weniger müde, wie sie - zum 2. Termin und 3. Termin - eine vermehrt gereizte und zugleich weniger ausgeglichene Stimmungslage angeben (Haupteff. p zwischen $<$ .05 und $<$ .001).

In den verschiedenen bedeutsamen Wechselwirkungen, die in den varianzanalytischen Designs hervortreten, spielen diejenigen zwischen der Zugehörigkeit zur - psychologisch behandelten - LVA- und BfA-Kurpatientenstichprobe einerseits und der Art der Berufstätigkeit andererseits eine besondere Rolle. Im einzelnen finden sich in der Reihenfolge der Untersuchungstermine genannt, die folgenden WW (p zwischen $<$ .05 und $<$ .001): T1: Im PP-G-BA-BT-Design in SES7 (Ausg.St.) PPxBT (bei etwas verminderten Ausprägungen der beruflich Höhergestellten über PP hinweg); im PP-G-BA-BT-PM-Design in SES1 (Geh.St.) PPxGxBA und GxBAxPM (bei etwas erhöhten Werten der LVA- und der verhaltenstherapeutisch behandelten Patienten und eher verminderten Werten der Ungelernten); in SES5 (Trägh.) PPxGxPM (etwas verringert bei Patienten der LVA und solchen mit kombinierter Therapie), in SES6 (Müd.) BTxPM (etwas vermindert bei klientzentriert behandelten Patienten); T2: Im PP-G-BA-BT-Design: in SES2 (Mißt.) PPxBT (vermindert bei beruflich Höhergestellten), in SES3 PPxBT (etwas erhöht bei berufl. weniger Höhergestellten),in SES4 (Gedr.St.) PPxBT (etwas vermindert bei beruflich Höhergestellten);

im PP-G-BA-BT-PM-Design (mit ähnlichen Ausprägungen wie eben genannt) in SES1, SES2, SES3, SES4 PPxBT, in SES6 PPxBT und PPxBA, in SES7 BTxPM; im PP-G-BA-BT-D-Design in SES3 PPxBT und PPxD und in SES4 PPxBT; T3: Im PP-G-BA-BT-PM-Design in SES2 PPxG, GxPM, GxBAxPM (u.a. bei etwas erhöhten Werten von Frauen und LVA-Patienten), in SES3 PPxPM; in SES4 GxPM, PPxGxPM, GxBAxPM (u.a. bei etwas verminderten Werten der LVA-Patienten und etwas erhöhten Werten der beruflich weniger Höhergestellten), in SES5 PPxGxPM, in SES7 BAxPM und BTxPM (bei etwas höheren Werten von klientzentriert Behandelten).

25.2.1.7 Fragebogen zur Erfassung subjektiver psychosozialer Belastungen im Zusammenhang mit Ehe, Familie und Beruf BFB

Wie bereits bei der Auswertung der Daten der gesamten LVA-Patientenstichprobe wurde dasjenige der varianzanalytischen Designs, das familienstatusbezogene Kennwerte enthält (PP-G-A-F-Ki),in der Weise modifiziert, daß für die ehebezogene Belastungsskala BFB1 der F-Faktor eliminiert und für die kinderbezogene Belastungsskala BFB4 der Ki-Faktor nur in der Unterscheidung von 1 einerseits und $\geqslant$ 2 Kinder andererseits einbezogen wurde. Es zeigt sich, daß in keinem der vier Designs Haupteffekte in Abhängigkeit von der Zugehörigkeit zu den beiden Patientenkollektiven und zu bestimmten Therapiegruppen statistisch zu sichern sind, außer folgenden vereinzelten Fällen: Im PP-G-A-F-Ki-Design findet sich in der BFB-Skala 3, die die berufliche Unzufriedenheit repräsentiert, ein Haupteffekt zum Kuranfang ($p \leqslant .001$) und zum Kurende ($p \leqslant .05$), und zwar mit jeweils höheren Werten der LVA- als der BfA-Patienten. Im PP-G-BA-BT-PM-Design beschreiben sich die klientzentriert behandelten Patienten als stärker in Zusammenhang mit ihrer Ehe (BFB1) belastet als die verhaltenstherapeutisch behandelten Personen, während die mit kombinierten Verfahren behandelten Patienten eine Mittelstellung einnehmen (Kuranfang; $p \leqslant .05$).
Neben diesen beiden Haupteffekten finden sich eine Reihe von bedeutsamen Wechselwirkungen (p zwischen $\leqslant .05$ und

$\ll$ .001). So zeigen sich in BFB3 zum Kuranfang die Interaktionen PPxG, PPxGxBA, PPxBAxPM und PPxBAxPM (bei etwas höheren Werten der Frauen und der Ungelernten). Im PP-G-BA-BT-D-Auswertungsplan zeigen sich in BFB4 die WWn PPxBA (bei Personen ohne BA wiederum etwas erhöht) zum Kuranfang und Kurende, zum letztgenannten Termin auch PPxG. Das PP-G-A-F-Ki-Design macht die WWn PPxG, PPxA, für BFB3 sowie PPxAxF für BFB2 (Überford.Arb.) zum Kuranfang (u.a. mit etwas erhöhten Werten jüngerer und alleinstehender Personen) deutlich. Im PP-G-BA-BT-D-Design schließlich sind für BFB4 zu T1 und T2 die WWn PPxBA festzustellen, zu T1 auch PPxBA in BFB2 sowie zu T2 PPxBA und BAxD für BFB1.

25.2.1.8 Einschätzung der Patienten durch den Gruppenarzt und die Gruppenbetreuerin (Arzt- und Betreuerin-Rating)

In allen varianzanalytischen Auswertungsplänen wird ein bedeutsamer Haupteffekt (p zwischen $\ll$ .01 und $\ll$ .001) im Arzt-rating1 deutlich. Dabei erreichen die LVA-Patienten bezüglich dem hier eingeschätzten Kurerfolg und der Prognose vermehrt positive Beurteilungen im Vergleich zu den BfA-Patienten. Im PP-G-BA-BT-Design zeigt sich auch eine vermehrt positive Einschätzung der LVA-Patienten aus der Sicht der Betreuerinnen (p Haupteff. $\ll$ .05). Wechselwirkungen finden sich innerhalb PP-G-BA-BT-PM im Arztrating1 als PPxBA, PPxBT, PPxGxBAxPM und im Arztrating2 (Psychosom.Gest.Arzt) als PPxGxPM (p $\ll$ .05, im Arztrating 2 u.a. bei etwas höheren Werten der Männer); innerhalb PP-G-BA-BT als PPxBAxBT für Arztrating 2, für dieses innerhalb von PP-G-BA-BT-D als PPxBT (p $\ll$ .05).

25.2.2 Variablen des Anamnestischen und Katamnestischen Erhebungsbogens sowie des Psychologischen Interviews

25.2.2.1 Anamnestischer Erhebungsbogen

Außer den im Zusammenhang mit der Beschreibung der Stichprobe der zusätzlich psychologisch behandelten BfA-Patienten genannten Differenzen zeigen sich folgende Unterschiede: Neben einem signifikanten Haupteffekt für das Alter - die LVA-Patienten sind etwas jünger - erscheint im PP-G-A-F-Ki-Design ein solcher für die Zahl der erholungsgenutzten Urlaubstage, die für die LVA-Patienten geringer als für die BfA-Patienten ausfällt ($p < .001$, bei WWn PPxAxF in diesem sowie PPxD im PP-BA-BT-D-Design). Für die krankheitsbedingten Fehlzeiten (deren varianzanalytische Auswertung wegen der schiefen Verteilung nur mit Zurückhaltung interpretiert werden kann) finden sich verschiedene bedeutsame WWn (keine Haupteffekte), so im PP-G-A-F-Ki-Design für die Fehlzeitendauer (bei u.a. etwas höheren Werten der LVA-Patienten sowie derer mit $\geq$ 2 Kindern) als PPxG, PPxF, PPxGxF und PPxFxKi (p zwischen $< .05$ und $< .01$). Während ein Haupteffekt im täglichen Kaffee- bzw. Teekonsum mit eher verminderten Werten der LVA-Patienten nur im PP-G-A-F-Ki-Design zu sichern ist, ($p < .001$), findet sich für den wöchentlichen Bierkonsum ein solcher im PP-G-BA-BT- ($p < .05$), im PP-G-A-F-Ki ($p < .001$; hier auch WWn jeweils mit den anderen Faktoren, $p < .05$), außerdem im PP-G-BA-BT-PM-Design ($p < .05$; hier auch bei einer PP-GA-PM-WW, $p < .05$). Im Konsum an Medikamenten ergeben sich keine bedeutsamen Haupteffekte, lediglich eine Reihe von Interaktionen des PP-Faktors mit anderen Faktoren. Außer den bereits oben dargestellten Unterschieden zwischen den LVA- und BfA-Patienten in den anamnestischen, ausbildungsmäßigen und beruflichen Variablen des Anamnestischen Erhebungsbogens, die mit Hilfe des Chi-Quadrat-Tests überprüft wurden, finden sich keine weiteren signifikanten Differenzen, außer in den mit dem unterschiedlichen beruflichen Status von LVA- und BfA-Patienten verbundenen Merkmalen, wie z.B. im Nettoverdienst.

25.2.2.2 Katamnestischer Erhebungsbogen

Außer den schon im Zusammenhang mit EzK und BdK genannten Unterschieden in der katamnestischen Kurbeurteilung zeigt sich - in der varianzanalytischen Auswertung - ein Haupteffekt in Abhängigkeit von der vorherrschenden Methode der zusätzlichen psychologischen Behandlung; und zwar für die Dauer der krankheitsbedingten Fehlzeiten ($p \leqslant .05$). Die klientzentriert bzw. mit psychologischer Therapie/Beratung behandelten Patienten erhalten hier einen geringeren Wert als die anderweitig behandelten Personen. Erneut werden auch erhöhte Werte der LVA-Patienten im wöchentlichen Bierkonsum sichtbar (die im PP-G-BA-BT-PM-, PP-G-A-F-Ki-, außerdem im PP-G-BA-BT-Design auftreten; für das PP-G-A-F-Ki-Design gilt dies auch bezüglich des Konsums an hochprozentigen Getränken pro Woche (p zu den genannten Unterschieden zwischen $\leqslant .05$ und $\leqslant .001$).
Bei dem Konsum an Medikamenten lassen sich keine bedeutsamen Haupteffekte sichern; lediglich einige WWn werden deutlich: so im PP-G-BA-BT-PM-Auswertungsplan die WW PPxBT ($p \leqslant .05$) für Schlaftabletten (bei eher verringerten Werten der LVA-Patienten und der beruflich weniger Höhergestellten) die WW PPxG ($p \leqslant .05$; bei eher verringerten Werten der LVA-Patienten über die Geschlechter hinweg) für Beruhigungstabletten; im PP-G-A-F-Ki-Plan, außerdem die WW PPxGxA und PPxAxKi ($p \leqslant .05$) für Schmerzmittel, im PP-G-BA-BT-Plan nochmals eine WW für Beruhigungsmittel, und zwar PPxGxBA ($p \leqslant .05$).
Bezüglich der Zukunftserwartungen ergibt sich im PP-G-BA-BT-D-Plan ein Haupteffekt, wonach sich die LVA-Patienten bezüglich ihrer Familie als weniger zuversichtlich schildern ($p \leqslant .05$). Auch in den Zukunftserwartungen werden etliche signifikante Wechselwirkungen deutlich, so z.B. in dem eben genannten Design und der eben genannten Familienvariable die WW PPxG ($p \leqslant .05$).
Die LVA-Patienten geben eine größere Dauer als die BfA-Patienten an, mit der sie die auf der Kur erlernten Entspannungsverfahren zu Hause fortsetzen (Chi^2 p jeweilige

Gesamtgruppen $\leqslant$ .001, für Männer .027, für Frauen .033). Auch das Hautbürsten wird von den LVA-Patienten häufiger angegeben (Chi^2 p Gesamtgruppen .011, Frauen .028).

25.2.2.3 Psychologisches Interview

Von den Variablen des Psychologischen Interviews liegen nur diejenigen von Nr. 2 bis 26 (also bis zur Einschätzung des Patienten durch den Untersucher hinsichtlich der Selbstexploration) sowohl von LVA- als auch BfA-Patienten vor, und der folgende Vergleich kann sich nur auf diese Kennwerte beziehen. Es ist auffallend, daß mehr oder weniger in allen varianzanalytischen Auswertungsplänen in folgenden Variablen Haupteffekte zu sichern sind (p zwischen $\leqslant$ .05 und $\leqslant$ .001): Hiernach erscheint den LVA-Patienten die Ingangsetzung des Heilverfahrens anstrengender, sie erscheinen außerdem vermehrt fremdgesteuert, machen sich mehr Sorgen um ihre Familie und um ihren Arbeitsplatz, bewerten die life events in den meisten der einzelnen Lebensbereiche als vermehrt belastend und unangenehm-ärgerlich, nehmen aus der Sicht des Untersuchers weniger "psychosoziosomatische" Zusammenhänge wahr und schildern ihre eigene Kindheit als vermehrt unglücklich und ungerecht. Auch in den weiteren Untersuchereinschätzungen setzen sich entsprechende Differenzen fort: Die LVA-Patienten erscheinen klagsamer als die BfA-Patienten, ebenso mitteilsamer und zugleich weniger sympathisch (erreichen jedoch nur in einem Design auch eine verminderte Selbstexploration). In Abhängigkeit vom PM-Faktor ergeben sich Haupteffekte in der - vom jeweiligen Untersucher gerateten - Mitteilsamkeit (p $\leqslant$ .05), wobei die klientzentriert behandelten Patienten als vermehrter mitteilungsbereit erscheinen als die verhaltenstherapeutisch behandelten Personen. Außerdem, so das Ergebnis eines weiteren Haupteffektes, erscheinen die verhaltenstherapeutisch behandelten Patienten weniger eigengesteuert als die anderweitig behandelten Personen (wiederum aus der Sicht der Untersucher).

25.2.2.4 Medizinische Variablen

Wie erwähnt, finden sich unter den LVA-Patienten weit mehr solche mit der Hauptdiagnose "Psychovegetatives Syndrom". Die varianzanalytische Auswertung derjenigen metrischen medizinischen Variablen, die sowohl von LVA- als auch BfA-Patienten zur gemeinsamen Auswertung vorhanden sind, ergibt sodann: In den meisten Kennwerten lassen sich keine bedeutsamen Haupteffekte sichern; lediglich in den Triglyceriden erreichen die LVA-Patienten höhere und in der Harnsäure niedrigere Werte als die BfA-Patienten, und zwar in allen varianzanalytischen Designs. Im PP-G-A-F-Ki-Design sind auch die Cholesterinwerte und die Blutdruckwerte der LVA-Patienten gegenüber denen der BfA-Patienten erhöht, wie im PP-G-BA-BT-D-Design die diastolischen Werte der Patienten mit einer anderen Hauptdiagnose als der des "Psychovegetativen Syndroms" gegenüber denen der Patienten mit dieser Diagnose erhöht sind. Auch die Zuordnung zu den einzelnen psychologischen Behandlungsformen ergibt einen Haupteffekt, und zwar mit verminderten Werten der klientzentrierten bzw. mit psychologischer Therapie/Beratung behandelten und erhöhten Ausprägungen der verhaltenstherapeutisch behandelten Patienten im Körpergewicht zum Kuranfang und zum Kurende (alle p zwischen $\leqslant .05$ und $\leqslant .001$). Auch die Hauptdiagnose begründet - zum Kuranfang - einen bedeutsamen Haupteffekt im Körpergewicht, wobei die Patienten mit der Diagnose "Psychovegetatives Syndrom" gegenüber denen mit einer anderen Hauptdiagnose verminderte Werte erreichen ($p \leqslant .05$).

25.3 Veränderungen in den verschiedenen Variablenbereichen zwischen Kuranfang und Kurende sowie zwischen Kuranfang und Halbjahreskatamnese bei zusätzlich psychologisch behandelten BfA-Patienten

25.3.1 Veränderungen in Variablen der psychologischen Fragebogen

25.3.1.1 Fragebogen zur Erfassung subjektiver Krankheitskonzepte und Behandlungsvorstellungen KKB

Die Veränderungen, die sich in statistisch bedeutsamer Weise sichern lassen, betreffen vor allem die Variablen KKB2 "Stress und Schonung" sowie KKB3 "Körperleiden und Organmedizin". Die beiden intraindividuellen Vergleiche, also zwischen Kuranfang und Kurende (T1-T2) sowie Kuranfang und Katamnese (T1-T3) erbringen für die gesamte Gruppe der zusätzlich psychologisch behandelten BfA-Patienten Verminderungen in diesen beiden Krankheitskonzepten, was sich ebenso für die Männergruppe feststellen läßt (p jeweils .001). Bei der Frauengruppe zeigt sich dies genau so für KKB2, während die Veränderungen in KKB3 erst zu T3 statistisch bedeutsam werden (p .001). Die drei beschriebenen Veränderungen finden sich konsistent vor allem für die mit kombinierten Verfahren sowie mit verhaltenstherapeutischen Verfahren behandelten Patienten (p jeweils .001, außer für KKB3 der verhaltenstherapeutisch behandelten Gruppe zur Katamnese, wobei sich keine signifikante Veränderung mehr ergibt). Für die mit Hilfe psychologischer Therapie bzw. Beratung behandelte Gruppe finden sich die Veränderungen nicht ganz in der genannten Eindeutigkeit, was teilweise an der kleinen Stichprobengröße, teilweise aber auch - wie ein Blick auf die numerischen Veränderungen zeigt - an faktisch geringeren Veränderungen liegt; von der statistischen Signifikanz her läßt sich lediglich noch die Verminderung in KKB2 zum Kurende (p .054) interpretieren. Auffällig ist, daß sich in KKB4, dem arbeitsplatzbezogenen Krankheitskonzept, nur eben für diese kleine Therapiegruppe deutliche Veränderungen sichern lassen, und zwar in der Weise, daß dieses Krankheitskonzept zu Kurende und Katamnese vermehrt präfe-

riert wird (p .048 und .051). Bezüglich der nach einzeltherapeutischen Maßnahmen gebildeten Gruppen (z.B. Tiefenmuskelentspannung, Autogenes Training usw.) ergibt sich u.a., daß die Teilnehmer des Übergewichtsreduktionstrainings die Veränderungen in KKB2 und KKB3, ebenso die mit "sonstigen" Verfahren behandelten Patienten, nicht zeigen.

Betrachten wir noch die Veränderungen für die anhand der Unterscheidung nach der Hauptdiagnose "Psychovegetatives Syndrom" und anderweitiger Hauptdiagnosen gebildeten Gruppen, dann ergeben sich die oben dargestellten Veränderungen für beide in einer weitgehend vergleichbaren Weise. Außerdem nehmen für die Gesamtgruppe der Patienten mit der Diagnose "Psychovegetatives Syndrom" die Werte in dem psychologisch-psychotherapeutischen Konzept KKB1 zum Kurende (p .006) ab, während deren Werte für das arbeitsbezogene Konzept KKB4 zur Katamnese zunehmen (p .056).

25.3.1.2 Fragebogen Hypchondrie und Gesundheitsverhalten HG

Signifikante Veränderungen betreffen in erster Linie die beiden unmittelbar hypochondrierelevanten Variablen HG2 "Risikovermeidung bezüglich körperlicher Gefährdung" und HG3 "Beachtung von Krankheitsanzeichen", sodann die Variable HG1 "Mißtrauen gegenüber Ärzten und Therapien", in sehr geringem Umfang jedoch die Variable HG4 "Mißtrauen gegenüber dem eigenen Körper". Dabei zeigt sich für die Gesamtgruppe der zusätzlich psychologisch behandelten Patienten zu T2 und T3 (p .001) eine vermehrte Risikovermeidungstendenz, sehr ähnlich auch für die Männergruppe (p .002 und .002). Für die Frauengruppe läßt sich dies zur Katamnese (p .002) sichern. Zur Katamnese zeigt sich auch eine vermehrte Beachtung der Krankheitsanzeichen für die Gesamtgruppe (p .036), was für die Männer bereits (jedoch nur dort)zum Kurende festzustellen ist (p .017). Ein vermindertes Mißtrauen gegenüber Ärzten und Therapien läßt sich jeweils zur Katamnese für die gesamte Gruppe der zusätzlich psycholo-

gisch behandelten BfA-Patienten und für die Männer, nicht aber die Frauen, feststellen (p .003 und .016). Eine Verminderung des Mißtrauens gegenüber dem eigenen Körper beschränkt sich auf die Männergruppe, und zwar nur zum Kurende (p .008). Im Hinblick auf die drei Therapiekollektive ergeben sich bedeutsame Verminderungen zu Kurende und Katamnese für die kombiniert behandelten Patienten in HG2 (p .013 und .000) und HG3 (p .014 und .000). Ansonsten finden sich für die drei Gruppen keine bedeutsamen Veränderungen, mit Ausnahme abnehmender Werte in HG1 bei den verhaltenstherapeutisch behandelten Patienten, und zwar zur Katamnese (p .031). Die eben geschilderten Veränderungen finden sich bei den einzelnen Therapiegruppen, vor allem bei denen mit psychologischer Therapie sowie mit Tiefenmuskelentspannung und AT, weniger bei den weiteren Gruppen der mit Raucherentwöhnungs- und Übergewichtsreduktions- sowie "sonstigen" Verfahren Behandelten. So zeigt sich eine bedeutsame Verringerung des Mißtrauens gegenüber Ärzten und Therapien jeweils zur Katamnese nur für die beiden Gruppen mit psychologischer Therapie/Beratung sowie AT (p .044 und .008). Die beschriebenen Veränderungen in HG2 und HG3 treten für die ersten vier Einzeltherapiegruppen (psychologische Therapie/Beratung, Tiefenmuskelentspannung, Autogenes Training, Nichtraucher-Training) auf, allerdings mit der Änderung, daß die Beachtung von Krankheitsanzeichen - entgegen dem allgemeinen Trend - für die erstgenannte Gruppe zum Katamnesetermin abnimmt (p .000). Für die jeweils gesamten Diagnosegruppen bestätigt sich der beschriebene Trend ebenfalls, während er bei der diagnosespezifischen Aufgliederung der Therapievergleichsgruppen nicht mehr statistisch zu sichern ist (kombinierte und verhaltenstherapeutische Behandlung; Verzicht auf Aufteilung bei Gruppe mit nur "psychologischer Therapie" wegen kleinem N).

25.3.1.3 Freiburger Persönlichkeits-Inventar FPI

Ein Blick auf die Tabelle zeigt, daß sich die Veränderungen zum Kurende und zur Katamnese auf die Aggressivitäts- und die Extraversionsskala konzentrieren, teilweise auch in der Offenheitsskala zu sichern sind, jedoch kaum mehr in der Neurotizismusvariable festzustellen sind. So lassen sich für die Gesamt- und die Geschlechtergruppen der zusätzlich psychologisch behandelten BfA-Patienten, aus den drei zusammengefassten Behandlungsgruppen für die beiden Kollektive der kombiniert und verhaltenstherapeutisch behandelten Patienten und aus den Einzeltherapiekollektiven für die ersten drei und die Übergewichtsreduktionsgruppe sowohl zum Kurende als auch zur Katamnese Selbstschilderungen im Sinne vermehrter Extravertiertheit beobachten (p zwischen $<$ .05 und $<$ .001). Für die Gruppen mit AT, Nichtraucher-Training und "sonstigen" Behandlungsmethoden bleiben diese Veränderungen auf die Zeit zwischen T1 und T2 beschränkt.

Weiterhin ist festzustellen, daß sich die Patienten der Gesamtgruppe und der Frauengruppe in beiden intraindividuellen Vergleichen, die Männergruppe nur im ersten zum Kurende, als vermehrt aggressiv schildern (p zwischen $<$ .05 und $<$ .01). Unter den drei zusammengefassten Therapievergleichsgruppen gilt diese Veränderung zu Kurende und Katamnese für die verhaltenstherapeutische Gruppe, für die kombiniert behandelte Gruppe nur zum Kurende. Von den Einzeltherapiegruppen zeigen diejenigen mit psychologischer Therapie/Beratung und Nichtraucher-Training die eben beschriebene vermehrte Aggressivität jeweils zum Kurende (p .026 und .002), diejenige mit AT zur Katamnese (P .024), während diejenige mit Tiefenmuskelentspannung sich zum Kurende und zur Katamnese als vermehrt aggressiv darstellt.

Eine vermehrte Offenheit in der Selbstschilderung ergibt sich nur für die gesamte Frauengruppe, und zwar zur Katamnese (p .006), von den drei zusammengefassten Therapiekollektiven für die Verhaltenstherapiegruppe zu beiden Terminen

(p .052 und .018), während sich die Patienten mit psychologischer Therapie/Beratung zum Kurende als eher weniger offen beschreiben (p .035). Aus den einzelnen Therapiekollektiven sind nur für die beiden Entspannungsgruppen die vermehrte Offenheit, und zwar zum Kurende, festzustellen (p .043 und .020).

Eine verminderte emotionale Labilität läßt sich nur für die einzelmaßnahmenspezifische Gruppe mit Tiefenmuskelentspannung, und zwar zum Kurende sichern (p .025).

Bei der Aufspaltung der beiden Diagnosekollektive wird sichtbar, daß diese jeweils in ihrer Gesamtheit für die Extraversion die genannten Veränderungen zeigen, während die Veränderungen in der Offenheitsskala für die psychovegetativ gestörten Patienten nicht mehr bedeutsam sind, dafür aber deren verminderte Werte in der "Emotionalen Labilität" zum Kurende (p .033). bedeutsam sind, was wiederum zur Katamnese nur noch in eingeschränkter Weise gesagt werden kann (p .072). Bei diagnosespezifischer Aufteilung der Therapievergleichsgruppen treten die für die jeweils gesamte Diagnosegruppe zu sichernden Veränderungen nur noch knapp signifikant bzw. insignifikant auf.

25.3.1.4 Freiburger Beschwerdenliste FBL

Die Verminderungen der subjektiven Beschwerden treten recht übereinstimmend für die gesamte, die männliche und weibliche Gruppe der zusätzlich psychologisch behandelten BfA-Patienten auf; unter den drei Therapievergleichsgruppen erscheint sie vor allem bei kombiniert und verhaltenstherapeutisch behandelten Patienten (p meistens $<$ .001, teilweise $<$ .01). Dies gilt, wenn die Einzeltherapiekollektive betrachtet werden, auch für die zwei ersten (psychologische Therapie/Beratung und AT), für die Gruppe mit Tiefenmuskelentspannung zum Kurende ebenso für die Gruppe der mit "sonstigen" Verfahren behandelten Patienten, während sich für die Teilnehmer am Übergewichtsreduktionstraining

keine derartigen Verbesserungen sichern lassen. Bei gesonderter Betrachtung der jeweils gesamten Diagnosegruppe und der diagnosespezifischen Untergruppen aus den Kollektiven mit kombinierter und verhaltenstherapeutischer Behandlung (Therapievergleichsgruppen) zeigt sich jeweils ebenfalls die Verminderung der Beschwerden für die erstgenannte Therapievergleichsgruppe, jedoch nicht für die Patienten aus der VT-Gruppe mit nur noch insignifikanten Veränderungen.

25.3.1.5 Adjektiv-Skalen zur Einschätzung der Stimmung SES

Veränderungen in statistisch bedeutsamer Weise lassen sich beim T1-T2-Vergleich in allen Skalen feststellen, während die im T1-T3-Vergleich sichtbar werdenden bedeutsamen Veränderungen auf die Skalen "Gehobene Stimmung" (SES1) und "Müdigkeit" (SES6) beschränkt sind. Beginnen wir die detaillierte Beschreibung bei den eben genannten beiden Skalen, so können wir für die Gesamtgruppe und die Geschlechtergruppen der zusätzlich psychologisch behandelten BfA-Patienten sowohl zum Kurende als auch zur Katamnese eine bedeutsam vermehrt "gehobene Stimmung" und eine signifikant verminderte "Müdigkeit" feststellen. Auch bei Aufteilung in die sekundär gebildeten drei Therapievergleichsgruppen und bei der Analyse für die nach einzelnen therapeutischen Maßnahmen gebildeten Gruppen hält dieser Trend für die Skala "Müdigkeit" an, wenngleich die Veränderungen zur Katamnese für die erste der drei Therapievergleichsgruppen und für die Nichtraucher-Trainings- und Übergewichtsreduktions-Gruppe aus den therapeutischen Einzelgruppen nicht mehr signifikant sind. Was die Veränderungen in SES1 betrifft, so bleiben diejenigen signifikanten Ausmaßes bei Aufteilung in die drei Therapievergleichsgruppen und bei Aufteilung in die sechs Einzeltherapiegruppen auf die Zeit zwischen Kuranfang und Kurende beschränkt. Für die verhaltenstherapeutisch behandelte dritte Therapievergleichsgruppe nimmt die gehobene Stimmung zur Katamnese sogar wieder bedeutsam

(alle bisher beschriebenen Veränderungen mit p zwischen $< .05$ und $< .001$) ab.
Für die gesamte Gruppe und die beiden Geschlechtergruppen, für die drei Therapievergleichsgruppen und die meisten pro Einzelmaßnahme gebildeten weiteren Gruppen findet sich weiterhin zum Kurende eine bedeutsam verminderte "Mißstimmung" (SES2), darin aber auch eine signifikante erneute Zunahme zur Katamnese. Für die eben genannten Kollektive ergibt sich außerdem jeweils zum Kurende eine vermehrte "Trägheit" (SES5) und eine verminderte "Gedrückte Stimmung" (SES4).
Es bleibt noch auf die Veränderungen in der Skala "Aktiviertheit" (SES3) und "Ausgeglichene Stimmung" (SES7) hinzuweisen: Für die Gesamtgruppe und die Männergruppe zeigt sich zu T2 und T3 eine bedeutsam vermehrte subjektive Aktiviertheit, was sich für die Frauengruppe nur beim Vergleich zwischen Kuranfang und Kurende feststellen läßt. Von den drei Therapievergleichsgruppen zeigt diejenige mit kombinierter Behandlung die eben beschriebene Veränderung zum Kurende und die verhaltenstherapeutisch behandelte sowohl zum Kurende als auch zur Katamnese; letzteres trifft auch für die Teilnehmer des Tiefenmuskelentspannungstrainings und des Übergewichtsreduktionstrainings zu, während die Beschränkung der signifikanten Veränderung auf die Zeit zwischen Kuranfang und Kurende für Teilnehmer an der psychologischen Therapie/Beratung und an "sonstigen" psychologisch-therapeutischen Maßnahmen zutrifft (alle Veränderungen mit p zwischen $< .05$ und $< .001$).

Während für die beiden diagnosespezifischen Untergruppen aus der Gesamtheit der zusätzlich psychologisch behandelten BfA-Patienten und aus den Therapievergleichsgruppen (2 und 3) übereinstimmend die bedeutsamen Veränderungen in der subjektiven "Müdigkeit" (SES6) sichtbar werden, finden sich in den übrigen Skalen teilweise diagnosespezifische unterschiedliche Veränderungen. Unterschiede bestehen einmal in dem Sinne, daß die Veränderungen bei den Patienten mit der Diagnose "Psychovegetatives Syndrom" nachhaltiger auch noch zur Katamnese als bei jenen mit anderweitigen Diagnosen auftreten. Dies gilt recht eindeutig für die Ska-

len "Aktiviertheit" (SES3) und "Ausgeglichene Stimmung" (SES7), in geringerem Ausmaß auch für die Skala "Gehobene Stimmung" (SES1). Eher umgekehrt sind andererseits die diagnosespezifischen Veränderungen in Mißstimmungsskala, in der die psychovegetativ belasteten Patienten, wenn die Aufteilung nach den Therapievergleichsgruppen vorgenommen wird, im Gegensatz zu den Patienten mit anderweitigen Diagnosen kaum deutliche Veränderungen zeigen. Ahnliches gilt für die Veränderungen in den Skalen "Gedrückte Stimmung" (SES4) und "Trägheit" (SES5), in denen bei der gesamten Gruppe mit psychovegetativen Störungen noch signifikante Veränderungen(in SES4 Verminderung, in SES5 Zunahme) festzustellen sind, nicht mehr aber bei den dementsprechend diagnostizierten Patienten der Therapievergleichsgruppen.

25.3.1.6 Fragebogen zur Erfassung subjektiver psychosozialer Belastungen im Zusammenhang mit Ehe, Familie und Beruf BFB

Die Veränderungen in diesen Variablen lassen sich, insgesamt betrachtet, so charakterisieren, daß diejenigen in den beiden intraindividuellen Analysen (T1-T2, T1-T3) hauptsächlich in BFB3 (Unzufr.Arb.,Koll.,Bez.) und in der zweiten der beiden Analysen in BFB2 (Überford.Arb.) auftreten. Bedeutsame Veränderungen in der ehebezogenen BFB1-Skala lassen sich nicht finden und solche in der kinderbezogenen BFB4-Skala sind selten.
Eine statistisch bedeutsame Verminderung in der arbeitsbezogenen subjektiven Beanspruchung und Überforderung(BFB2) jeweils zur Katamnese ergibt sich für die gesamte Gruppe der zusätzlich psychologisch behandelten BfA-Patienten, für die beiden Geschlechtergruppen, von den drei zusammengefassten Therapiekollektiven für die beiden Gruppen mit kombinierter und Verhaltenstherapie, ebenso überdies für die ersten drei der einzelmaßnahmenbezogenen Gruppen mit psychologischer Behandlung.

Auf der anderen Seite stehen die Veränderungen in BFB3. Sie fallen fast für alle Gruppen in der Weise aus, daß

sich die Patienten in den beiden intraindividuellen Vergleichen nicht als weniger sondern als vermehrt unzufrieden mit Arbeit, Kollegen und Bezahlung schildern. Dies gilt für die gesamte Gruppe (p .001 und .008) sowie die Frauengruppe (p .001 und .009) nicht für die Männergruppe, weiterhin für die Gruppe mit kombinierter Therapie (p .049 und .032), für die Gruppe mit VT nur zum Kurende (p .001), darüber hinaus - wiederum zu Kurende und Katamnese - für die Tiefenmuskelentspannungsgruppe (p .005 und .025) und die Nichtraucher-Trainings-Gruppe (p .006 und .047), für die Gruppe mit psychologischer Therapie bzw. Beratung nur zur Katamnese (p .033).

Übereinstimmend findet sich die zur Katamnese statistisch zu sichernde verminderte subjektive Überforderung im Zusammenhang mit der täglichen Arbeit (BFB2) und die - zum Kurende und zur Katamnese - bedeutsam zunehmende berufsbezogene Unzufriedenheit (BFB3) für die jeweiligen gesamten diagnosespezifischen Gruppen. Allerdings fallen diese Ergebnisse bei diagnosebezogener Aufteilung der Therapievergleichskollektive nicht mehr so eindeutig aus: Es findet sich lediglich eine signifikante Zunahme in BFB3 zu T2 und T3 für die Angehörigen anderweitiger als der psychovegetativen Diagnosegruppe aus dem VT-Patientenkollektiv (p .003 und .046), jedoch nicht mehr für die darin enthaltenen psychovegetativ belasteten Patienten; während weder für das eine noch das andere diagnosespezifische Teilkollektiv aus der Kombinationsbehandlungsgruppe(im Gegensatz zur o.g. gesamten kombinierten Behandlungsgruppe) Veränderungen in BFB2 und BFB3 statistisch zu sichern sind.

25.3.2 Veränderungen in medizinischen Variablen

Von den BfA-Patienten liegen nur die Blutdruckwerte und die Körpergewichtswerte als solche Wiederholungsdaten vor (die erstgenannten als einmalige Wiederholung zum Kurende und die zweitgenannten als zweimalige Wiederholung zum Kurende und zur Halbjahreskatamnese), die auch bei den LVA-Patienten mehrfach erhoben wurden.

Es zeigt sich für alle Gruppen der zusätzlich psychologisch behandelten BfA-Patienten eine bedeutsame Abnahme des systolischen Blutdrucks zum Kurende (p zwischen $<$ .05 und $<$ .001). Dies gilt bezüglich des diastolischen Blutdrucks für die Gesamtgruppe und die Geschlechtergruppen, aus den drei Therapievergleichsgruppen für die erste Gruppe mit psychologischer Therapie/Beratung und aus den einzelmaßnahmenspezifischen Gruppen für diejenigen mit psychologischer Therapie, Tiefenmuskelentspannung, Nichtraucher-Training und Übergewichtsreduktionstraining (p zwischen $<$ .05 und $<$ .001). Auch die Gewichtsverminderungen sowohl zu Kurende als auch zur Katamnese sind für alle Gruppen der zusätzlich psychologisch behandelten BfA-Patienten recht eindeutig (p zwischen $<$ .05 und $<$ .001), mit Ausnahme bei den Patienten mit "sonstigen" Verfahren. Auch für die verschiedenen diagnosespezifischen Gruppen gilt dieser Trend in den Blutdruck- und Gewichtsdaten.

25.3.3 Veränderungen in anamnestisch-katamnestischen Variablen

Die Veränderung in dem Konsum verschiedener Medikamente betrifft fast ausschließlich die Schlaf-, Beruhigungs- und Schmerztabletten. Eine bedeutsame Abnahme (p zwischen $<$ .05 und $<$ .001) läßt sich für die gesamte und die männliche Gruppe der zusätzlich psychologisch behandelten Patienten, nicht für die weibliche Gruppe, sodann für die kombiniert behandelte Gruppe aus den drei Therapievergleichsgruppen und schließlich für die ersten drei der einzelmaßnahmenbezogenen Gruppen, nämlich die mit psychologischer Therapie/Beratung, Tiefenmuskelentspannung und AT, im Schlaftablettenkonsum feststellen. Eine ähnliche Abnahme zeigt sich bei den Beruhigungsmitteln, die jedoch auch für die dritte der drei Therapievergleichsgruppen, die VT-Gruppe; außerdem zusätzlich für die Nichtraucher-Trainingsgruppe, nicht aber für die AT-Gruppe, aus den einzelmaßnahmenbezogenen Gruppen gilt. Auch der Konsum an Schmerzmitteln nimmt, jedoch in numerisch geringerer Höhe, ab. Im einzelnen ist

er signifikant (mit einem $p < .05$) für die Gesamt- und Frauengruppe und aus den Einzeltherapiegruppen für die mit psychologischer Therapie/Beratung, Tiefenmuskelentspannung und Nichtraucher-Training festzustellen. Eine bedeutsame Abnahme der Einnahme "sonstiger" Mittel zeigt sich nur für die dritte der drei Therapievergleichsgruppen, die VT-Gruppe, und für die Tiefenmuskelentspannungsgruppe ($p < .05$).

Die Veränderungen im Konsum von Kaffee bzw. Tee und alkoholischen Getränken zeigen sich vorwiegend eben in Kaffee bzw. Tee sowie im Bier. Im ersten Fall finden sich bedeutsame Verminderungen (p zwischen $< .05$ und $< .001$) für die gesamte und die einzelnen Untergruppen (bis auf die mit psychologischer Therapie/Beratung).
Bezüglich des Bierkonsums gilt dies für die Gesamt- und die Männer- sowie die Kombinationsbehandlungsgruppe. Im Weinkonsum deutet sich eher eine Zunahme ab.

Die Betrachtung des gesamten zusätzlich psychologisch behandelten BfA-Patientenkollektivs, der Geschlechter- und der Therapievergleichsgruppen zeigt positiv interpretierbare Veränderungen in den Variablen der vorherrschenden Form der Freizeitgestaltung (mit vermehrt körperlicher Betätigung), der Beurteilung der eigenen Lebensführung (zunehmend als "gesund") der Wiederaufnahme der Arbeit im Gegensatz zur am Kuranfang gegebenen Verhinderung infolge von Krankheit und/oder Arbeitslosigkeit). Es zeigt sich weiterhin, daß - im Vergleich zu dem während der Kur gegebenen Status - etwas mehr Patienten, und zwar vor allem "Nicht-mehr-Raucher", das Rauchen aufgenommen bzw. wieder aufgenommen haben (N=10), als es Patienten aufgegeben haben;(N=5;z.B.Kreuztabellierung Raucherstatus x Wiederaufnahme, Chi^2 p .0002; Gesamtgruppe). Werden nun für die konstanten Raucher, und zwar wieder unter Bezugnahme auf die Gesamtgruppe und die therapiebezogenen Teilgruppen, die Veränderungen in der Zahl der täglich gerauchten Zigaretten betrachtet, so finden sich nahezu durchweg bedeutsame Verminderungen (für Gesamtgruppe z.B. von durchschnittlich 16,38 auf 11,14 pro Tag; p .000).

25.4 Veränderungen in den verschiedenen Variablenbereichen zwischen Kuranfang und Kurende sowie zwischen Kuranfang und Halbjahreskatamnese bei zusätzlich psychologisch behandelten BfA-Patienten im Vergleich zu psychologisch behandelten LVA-Patienten

25.4.1 Vorbemerkungen

Erinnert sei nochmals an die unter 25.1 problematisierte Vergleichbarkeit zwischen den jeweils zusätzlich psychologisch behandelten LVA- und BfA-Patienten. Darüber hinaus ist im vorliegenden Zusammenhang zu beachten, daß bei der Analyse der intraindividuellen Veränderungen in den Variablen der zusätzlich psychologisch behandelten LVA-Patienten einmal die gesamte entsprechende Gruppe und die Geschlechtsgruppen einbezogen wurden und zum anderen aus den drei Teilgruppen mit 1. überwiegend klientzentrierter Behandlung, 2. kombinierter (klientzentrierter und verhaltens- sowie kommunikationstherapeutischer) Behandlung und 3. überwiegend verhaltenstherapeutischer Behandlung nur noch die zwei Stichproben aus der 1. Behandlungsgruppe einerseits und der 2. und 3. Behandlungsgruppe andererseits gebildet wurden. Der Grund für die zuletztgenannte Zusammenfassung lag darin, daß die ohnehin kleinen Stichprobengrößen unter Berücksichtigung der nicht an der Katamnese teilnehmenden Patienten noch weiter reduziert worden wären. Wenn nun noch berücksichtigt wird, daß nahezu alle LVA-Patienten mit psychologischer Behandlung die Hauptdiagnose "Psychovegetatives Syndrom" (von N=29 N=27) erhalten haben, dann ergibt sich für die Gegenüberstellung der intraindividuellen Veränderungen bei den LVA- und BfA-Patienten mit zusätzlicher psychologischer Behandlung: Von der BfA-Gruppe sollten die Veränderungen von den in gleicher Weise diagnostizierten Patienten besonders berücksichtigt werden. So sollten einmal deren Resultate mit denen der LVA-Patienten, und zwar jeweils zunächst ohne Berücksichtigung der vorherrschenden Therapiemethode, verglichen werden. Was dann die therapiemethodenspezifische Gegenüberstellung betrifft, so erscheint diese unter den beschriebenen Umständen einmal zwischen den

überwiegend klientzentrierten LVA- und den mit Hilfe psychologischer Therapie/Beratung behandelten BfA-Patienten (Vergleichsgruppe 1), außerdem zwischen den zur zweiten behandlungsspezifischen Gruppe zusammengefassten LVA-Patienten und den BfA-Patienten der Kombinationsbehandlungs- und VT-Vergleichsgruppe bzw. - aus den einzelmaßnahmenbezogenen Gruppen - den Patienten mit **Übergewichtsreduktionstraining angezeigt.**

Nicht zuletzt soll darauf hingewiesen werden, daß bei der vergleichenden Betrachtung verschiedene Fälle, in Abhängigkeit von der Spezifität der Veränderungen, unterschieden werden können. Ein erster Fall betrifft die Veränderungen, die bei den zusätzlich psychologisch behandelten LVA-Patienten, von denen zunächst ausgegangen wird, zugleich aber auch bei den vergleichbaren nicht zusätzlich psychologisch behandelden LVA-Patienten, also dort therapieunspezifisch aufgetreten sind und zugleich auch bei den zusätzlich psychologisch behandelten BfA-Patienten zu sichern sind. Ein zweiter Fall besteht darin, daß bei den zusätzlich psychologisch behandelten BfA-Patienten, insbesondere bei solchen mit der Hauptdiagnose "Psychovegetatives Syndrom", bedeutsame Veränderungen aufgetreten sind, die sich jedoch bei den zusätzlich psychologisch behandelten LVA-Patienten nicht herausgestellt haben. Schließlich betrifft ein dritter Fall bedeutsame Veränderungen, die spezifisch bei den zusätzlich psychologisch behandelten LVA- jedoch nicht in dieser Weise bei den zusätzlich psychologisch behandelten BfA-Patienten (vor allem den - vermehrt vergleichbaren - "psychovegetativen" Patienten) vorzufinden sind. Die Fälle 2 und 3 sind von besonderem Interesse. Auf noch weitere Vergleichbarkeitsoperationen, mit Ausnahme etwa des Geschlechts, verzichten wir, da auch diese die nur begrenzte Vergleichbarkeit in den Therapiemethoden nicht aufheben würden.

25.4.2 Vergleich zwischen den Veränderungen bei zusätzlich psychologisch behandelten BfA- und LVA-Patienten

Zunächst ist hinsichtlich des Falls 1 festzustellen, daß in einer Reihe von Variablen, in denen bei den LVA-Patienten mit zusätzlicher psychologischer Behandlung und zugleich den LVA-Patienten ohne eine solche Behandlung Veränderungen - von mehr therapieunspezifischer Art - aufgetreten sind, auch bei den zusätzlich psychologisch behandelten BfA-Patienten (insbesondere denen mit der Hauptdiagnose "Psychovegetatives Syndrom") Veränderungen vorzufinden sind. Dementsprechendes gilt bezüglich der Variablen aus den psychologischen Fragebogen für die zum Kurende und zur Katamnese verminderten Ausprägungen in den Krankheitskonzepten "Stress und Schonung" (KKB2) und "Körperleiden und Organmedizin" (KKB3), ebenso für die verringerten Beschwerdenausprägungen (FBL). Analoges gilt auch für die zur Katamnese vermehrte "Mißstimmung" (SES2) und die zum Kurende verringerte "Müdigkeit" (BPI-Variablen lagen von der BfA-Patienten-Stichprobe nicht vor). Fall 1 gilt überdies für die Mehrheit der anamnestisch-katamnestischen Variablen (z.B. Bierkonsum, Medikamenteneinnahme) sowie der medizinischen Kennwerte, hierbei für die Gewichtsverminderung zum Kurende (die zum Katamnesetermin aber nur noch für die LVA-Patienten mit psychologischer Behandlung, nicht für die vergleichbaren LVA-Patienten ohne psychologische Behandlung spezifisch ist; vgl. Fall 3).

Der zweitgenannte Fall der spezifisch unter den zusätzlich psychologisch behandelten BfA- nicht aber unter den dementsprechenden LVA-Patienten zu sichernden Veränderungen, zeigt sich innerhalb der psychologischen Fragebogenvariablen (bei den BfA-Patienten) für die zunehmenden Ausprägungen im arbeitsbezogenen Krankheitskonzept (KKB4) und für die abnehmenden Ausprägungen in dem psychosozial-psychotherapeutischen Krankheitskonzept (KKB1), ferner für die - bei den Männern - verminderten Werte im "Mißtrauen gegenüber Ärzten und Therapeuten" (HG1). Weiterhin gilt dieser Fall für die - unter den "psychovegetativen" Patienten - auch

noch zur Katamnese zu sichernden zunehmenden Werte in den Skalen "Gehobene Stimmung" (SES1), "Aktiviertheit" (SES3) und "Ausgeglichene Stimmung" (SES7), teilweise auch für die in deren Gesamtheit katamnestisch feststellbare vermehrte berufsbezogene Unzufriedenheit und verminderte arbeitsbezogene Überforderung (BFB3 und BFB2). Fall 2 ergibt sich schließlich im Rahmen der anamnestisch-katamnestischen Variablen für die unter den vergleichbaren zusätzlich psychologisch behandelten BfA-Patienten gefundene bedeutsame Verminderung des Kaffee- bzw. Teekonsums und der Einnahme (auch) von Beruhigungs- und Schmerzmitteln, der Zahl täglich gerauchter Zigaretten. Und er gilt für die Gewichtsreduktion, die nicht nur - wie bei der LVA-Gruppe - bei den verhaltens- sondern auch anderweitig behandelten Patienten gefunden wurde.

Nun zu einem dritten Fall, bei dem sich spezifisch bei den zusätzlich psychologisch behandelten LVA-Patienten bedeutsame Änderungen finden, die sich bei den vergleichbaren BfA-Patienten aber nicht in der gleichen Weise herausgestellt haben. So ist sowohl für die Männer- als auch Frauengruppe unter den zusätzlich psychologisch behandelten LVA-Patienten zum Kurende ein vermindertes Mißtrauen gegenüber ihrem eigenen Körper (HG4) festzustellen, eine Veränderung, die sich nur unter den männlichen BfA-Patienten findet. Auch ist die bedeutsame Verminderung des Ausmaßes emotionaler Labilität für die überwiegend klientzentrierten LVA-Patienten noch zur Katamnese festzustellen, während dies bei den BfA-Patienten (mit "Psychovegetativem Syndrom") nicht mehr in signifikanter Weise der Fall ist (noch weniger, wenn die Therapievergleichsgruppen diagnosespezifisch aufgegliedert werden).

25.5 Diskussion

Zunächst nochmals ein Hinweis auf die Frage, inwieweit aus den vorliegenden interindividuellen und intraindividuellen Analysen generalisierbare Aussagen abgeleitet werden können. Zu den interindividuellen Unterschieden in Abhängigkeit von der Zugehörigkeit zur zusätzlich psychologisch behandelten LVA- und BfA-Stichprobe, zur vorherrschenden Methode dieser Behandlung, auch zur Hauptdiagnose ist zu sagen: Was zunächst einmal die Auswahl der jeweiligen zusätzlich psychologisch behandelten Patienten aus der gesamten LVA- und BfA-Stichprobe betrifft, so können wir annehmen, daß beide, vor allem die zweitgenannte, in soziografischen Kennwerten noch repräsentative LVA- oder BfA-Kurgänger darstellen, was in den psychologischen Variablen zumindest für die zusätzlich behandelten LVA-Patienten-Stichprobe, wie die dortigen Unterschiedsanalysen (vgl. 24) nahelegen, nicht mehr zutreffen dürfte. Die Stichprobe der zusätzlich psychologisch behandelten BfA-Patienten könnte hierbei schon eher repräsentativ sein, zumal bei ihrem großen Anteil an der Patientengesamtzahl (N=169 von N=214) selektions- und motivationsrelevante Faktoren in der Weise wirksam gewesen sein dürften, daß mehr Patienten von den institutionell-therapeutischen Möglichkeiten her für zusätzliche psychologische Behandlungsmaßnahmen vorgesehen wurden und außerdem die individuelle Motivation und psychische Belastung beim einzelnen Patienten wie auch seine kurbezogenen Einstellungen und Erwartungen sowie seine Vorstellungen über die Genese seiner Beschwerden und über die ihm angemessen erscheinenden Behandlungsmaßnahmen einen geringeren Einfluß als bei den LVA-Patienten genommen haben dürften. In diese Richtung jedenfalls weisen die Resultate aus den Varianzanalysen, wonach die zusätzlich psychologisch behandelten LVA-Patienten im Vergleich zu den zusätzlich psychologisch behandelten BfA-Patienten zum Kurbeginn vermehrt die Erwartung nach Kommunikation und psychologischen Hilfen (EzK2) äußern - was allerdings unter Einbeziehung des Faktors der vorherrschenden Behandlungsmethode eher für die

im weitesten Sinne gesprächstherapeutisch behandelten Patienten zutrifft - und darüber hinaus vermehrt ein psychosozial-psychotherapeutisches Krankheitskonzept (KKB1) präferieren. Daß also Einstellungs- und Erwartungs-, Motivations- und Attributionsfaktoren einerseits und institutionell-therapeutische Auswahlbedingungen andererseits für LVA- und BfA-Patienten eine unterschiedliche Rolle dafür gespielt haben, ob eine und welche zusätzliche psychologische Behandlung bestimmte Personen erhielten, dürfte deutlich geworden sein (vgl. hierzu auch die durch die Untersucher im Interview eingeschätzte erhöhte Eigeninitiative der Patienten mit klientzentrierter bzw. psychologischer Therapie/Beratung als der Patienten mit VT).

Im Zusammenhang mit diesen Überlegungen ist auch zu sehen, daß die LVA-Patienten in heilverfahrensnahen Zeitpunkten (Kuranfang und Kurende, weniger zur Katamnese) in einschlägigen Variablen als eher konflikthaft und belastet gegenüber den BfA-Patienten erscheinen. Dieses Phänomen gilt für hypochondrierelevante Variablen (und zwar HG2, HG4), ebenso für die subjektiven Beschwerden (FBL) und die Neurotizismusvariable des FPI, zeigt sich auch in einigen SES-Variablen, wo die LVA-Patienten zwar weniger müde und träge, zugleich aber auch von verminderter ausgeglichener und gehobener Stimmungslage erscheinen. Die erhöhte berufsbezogene Unzufriedenheit im BFB gehört ebenfalls hierher, wobei sich bei dieser, sobald behandlungsspezifische Unterscheidungsmerkmale eingeführt werden, wieder das Phänomen der mehr belasteten Werte bei den klientzentriert bzw. mit psychologischer Therapie/Beratung behandelten Patienten gegenüber den anderweitig behandelten Personen einstellt. Nicht zuletzt sollte im vorliegenden Zusammenhang auch an die geringere Zahl erholungsgenutzter Urlaubstage der LVA- gegenüber denen der BfA-Patienten gedacht werden, wobei allerdings auch die bei Angestellten und Arbeitern (BfA- und LVA-Patienten) unterschiedliche Urlaubsdauer und -gewohnheiten eine Rolle spielen. Auch in objektiv gesundheitsrelevanten medizinischen Daten wie Bierkonsum und Triglyceridewerten ergeben sich erneut weniger "günstige" Werte der LVA-Patienten. Das

andere, bereits angedeutete Ergebnis, wonach bestimmte Patientenmerkmale auch bestimmte psychologische Behandlungsformen wahrscheinlicher machen, zeigt sich etwa in den Körpergewichtsdaten, die bei den verhaltenstherapeutisch, d.h. u.a. auch mit Hilfe von Übergewichtsreduktionsmaßnahmen behandelten Patienten erhöht sind.

Überraschend erscheint, daß nur wenige bedeutsame Unterschiede (wenngleich viele tendenzieller Art) in Abhängigkeit von den beiden Hauptdiagnosetypen gefunden wurden. Allerdings muß hier - wie schon bei der Frage nach diagnosespezifischen Unterschieden zwischen den LVA-Patienten - berücksichtigt werden, daß sich unter den "anderweitigen Diagnosen als der des "Psychovegetativen Syndroms" eine erhebliche nicht kontrollierte Heterogenität verbirgt. Damit nähern wir uns wieder dem Problem der Aussagekraft aus den vorliegenden Auswertungsplänen an, insbesondere, insoweit dabei Vergleichbarkeitsfragen involviert sind. Hierzu kann angenommen werden, daß die varianzanalytischen Designs, vor allem wenn sie die Hauptdiagnosetypen und die vorherrschende Therapiemethode nicht einbeziehen, in gewissem Umfang generalisierbare Aussagen über die zusätzlich psychologisch behandelten LVA- und BfA-Patienten erlauben. Sobald aber die Hauptdiagnose einbezogen wird und der PM-Faktor (der Faktor der vorherrschenden Therapiemethode)anhand von bestenfalls Vergleichbarkeitsannäherungen gebildet wird, werden zunehmend Kompromisse geschlossen, die die Aussagekraft der Ergebnisse einschränken und sich auf eine hypothesenstiftende Funktion beschränken. Dies ist auch hinsichtlich der intraindividuellen Veränderungen an den BfA-Patienten und zu deren Vergleich mit den an den zusätzlich psychologisch behandelten LVA-Patienten gewonnenen zu sagen. Immerhin sind hierbei, wie auch in den interindividuellen Analysen, grobe Vergleichbarkeiten etwa im Sinne eines Überwiegens von eher im weiteren Sinne gesprächstherapeutischen Maßnahmen (klientzentrierte Therapie bzw. psychologische Therapie/Beratung) oder von eher kombinierten und eher verhaltenstherapeutischen Interventionen anzunehmen.

Unter diesen Einschränkungen gesehen, machen die intraindividuellen Veränderungen, vor allem in ihrer Gegenüberstellung zwischen vergleichbaren LVA- und BfA-Patienten, zumindest folgendes deutlich: Die Unterscheidung der beschriebenen Fälle einer eher unspezifisch bei beiden (wie auch bei den Vergleichspersonen ohne zusätzliche psychologische Behandlung innerhalb der LVA-Stichprobe) bzw. einer mehr bei der LVA- oder bei der BfA-Gruppe gegebenen Veränderung zeigte, daß es neben etlichen ähnlichen Veränderungen zumindest vereinzelte gruppenspezifische Veränderungen zu geben scheint. Dazu gehört z.B., daß der durchschnittliche Zigarettenkonsum bei der BfA-Patientengruppe deutlicher als bei der Gruppe der LVA-Patienten gesenkt wurde und daß sich bei der eben genannten eine deutliche Verminderung im Ausmaß emotionaler Labilität (teilweise auch den Beschwerden) ergab. Vermutlich haben diese beiden Beispiele damit zu tun, daß an der BfA-Klinik eben auch systematische Raucherentwöhnungstrainings durchgeführt wurden, und daß an den LVA-Patienten vorherrschender gesprächstherapeutische Verfahren angewendet wurden. Dies sind Beispiele, die noch relativ leicht als kurerfolgsrelevant, auch als Zeichen für einen positiven Kurerfolg angesehen werden können. Schwieriger wird dies wiederum für andere Merkmale, z.B. die bei den vergleichbaren BfA-Patienten vermehrte berufsbezogene Unzufriedenheit zu Kurende und Katamnese, auch deren vermehrte arbeitsbezogene Krankheitskonzeption. Da sich bei den BfA-Patienten auch Verminderungen in der subjektiven Überforderung ergaben (was sich tendenziell auch bei den psychologisch behandelten LVA-Patienten fand) kann man annehmen, daß die BFB-Veränderungen bei den BfA-Patienten aggressiv-selbstbewußte Züge tragen, zumal bei diesen ja auch zu Kurende und Katamnese vermehrte Aggressivitätsausprägungen im FPI deutlich werden (dies auch bei den psychologisch behandelten LVA-Frauen).

In die Richtung von zumindest partiellen vermehrten positiven Kureffekten in einigen subjektiven und psychischen Merkmalen auf Seiten der LVA-Patienten bzw. der eher gesprächstherapeutisch behandelten Patienten weisen auch die

Ergebnisse hin, nach denen die eher gesprächstherapeutisch behandelten Patienten vermehrt mit den kommunikativen und erholungsrelevanten Bedingungen, ebenso mit den psychologischen Kurmaßnahmen (BdK2, BdK4) zufrieden sind, wozu sie allerdings auch schon zu Kurbeginn erhöhte Erwartungswerte (EzK2) hatten, nicht zuletzt ist auch die vermehrte positive Kurerfolgsbeurteilung der LVA-Patienten in der Katamnese zu nennen. Mit Einschränkung kann auch der positivere Kurerfolg der zusätzlich psychologisch behandelten LVA- als der entsprechenden BfA-Patienten aus der Sicht der behandelnden Gruppenärzte herangezogen werden. Allerdings spielen dafür sicher auch unterschiedliche Bezugssysteme bzw. Indikatorengewichtungen eine Rolle.

So sind zumindest einige Anhaltspunkte zur Indikationsfrage, bei welchen Personen mit welchen Problemen welche therapeutischen Prozeduren bestimmte Effekte erwarten lassen, gewonnen worden. Berücksichtigen wir in einer vorläufigen Antwort darauf auch noch die teilweise therapiemethodikspezifische Veränderung innerhalb der zusätzlich psychologisch behandelten LVA-Patienten, dann können wir sagen: Unterschiede in institutionell-therapeutischen sowie individuellen motivations- und attributionsrelevanten Faktoren wirken, in Verbindung mit unterschiedlichen Ausprägungen in belastungsrelevanten psychischen Merkmalen, als Selektionsfaktoren, ob der einzelne Patient im Laufe des Heilverfahrens eine zusätzliche psychologische Behandlung und welche Form dieser Behandlung er erhält. Inhaltlich kann gesagt werden, daß eher belastete und konflikthafte , außerdem eher zwischenmenschliche Kommunikation und psychologische Hilfen erwartende und vermehrt psychosozial-psychotherapeutische Krankheitskonzepte präferierende Patienten wahrscheinlicher eine im weiteren Sinne gesprächstherapeutische (klientzentrierte Methode, psychologische Therapie/Beratung) Behandlung erhalten und überdies in belastungs- und konfliktrelevanten psychologischen Variablen vermehrt positive Veränderungen wie auch einen subjektiv positiveren Kurerfolg erreichen. Patienten, die eher mittlere und/oder niedrige Aussprägungen in den eben genannten Variablen,

zusätzlich aber auch verschiedene Probleme des Gesundheitsverhaltens "mit zur Kur bringen", werden wahrscheinlicher kombinierte und übend-verhaltenstherapeutische Hilfen erhalten, darüber hinaus in Merkmalsbereichen, an denen solche Interventionen speziell ansetzen, auch vermehrt positive Kureffekte erreichen (z.B. deutliche Abnahme des mittleren Zigarettenkonsums unter den BfA-Patienten, oder auch deutlichere Abnahme des mittleren Körpergewichts bei kombiniert und verhaltenstherapeutisch behandelten LVA-als klientzentriert behandelten LVA-Patienten). Anhaltspunkte für die Indikationsstellung bereits zum Anfang einer Heilmaßnahme könnten, so darf mit der gebotenen Vorsicht gefolgert werden, aus Informationen des Psychologischen Interviews, auch aus belastungsrelevanten Persönlichkeitsvariablen sowie kurbezogenen Erwartungen und überdies aus Krankheitskonzepten und Behandlungsvorstellungen, nicht zuletzt aus objektiven und verhaltensnahen Daten (wie z.B. Gewicht, Zigarettenkonsum u.a.) gewonnen werden.

Freilich bedürfen dementsprechende Annahmen noch weiterer Differenzierungen. So ist z.B. bei den zusätzlich psychologisch behandelten BfA-Patienten aufgefallen, daß die Häufigkeit von krankheitsbedingten Fehlzeiten in der Nachkurzeit unter den verhaltenstherapeutisch behandelten Patienten und bei denen mit der Diagnose des Psychovegetativen Syndroms deutlicher gesenkt wurde als beispielsweise den Patienten mit vorwiegend gesprächstherapeutischen Behandlungsmaßnahmen und mit anderen Diagnosen als der des Psychovegetativen Syndroms. Andererseits haben die über beide Gruppen der zusätzlich psychologisch behandelten LVA- und BfA-Patienten hinweg vorgenommenen varianzanalytischen Auswertungen deutlich gemacht, daß die Dauer der krankheitsbedingten Fehlzeiten in der Nachkurperiode für die klientzentriert bzw. mit psychologischer Therapie/Beratung behandelten Patienten geringer als für die anderweitig behandelten ausfällt. Möglicherweise ist in diesen Resultaten die bereits bei der zusammenhangsanalytischen Auswertung der LVA-Patienten-Daten gefundene Beziehung zwischen Fehlzeiten und berufsbezogener Unzufriedenheit enthalten, zumal

letztere sich bei den BfA-Patienten zu Kurende und Katamnese erhöht hat.

Es darf nicht übersehen werden, daß die gegebenen Beispiele für ein unterschiedliches Ausmaß und teilweise eine unterschiedliche Richtung der Veränderungen zumindest partiell wiederum auch mit den bereits zum Kuranfang gegebenen unterschiedlichen Merkmalsausprägungen zusammenhängen (vgl. Stabilitätskoeffizienten z.B. in Tab. 55-56). Wenn also etwa bei den BfA-Patienten vermehrte Änderungen in Richtung beruflicher Unzufriedenheit sichtbar werden, während sich in dieser Dimension für die zusätzlich psychologisch behandelten LVA-Patienten keine bedeutsamen Veränderungen bzw. nur zusammenhangsanalytisch faßbare Verbesserungen ergeben, dann ist diese unterschiedliche Veränderung in statistischer Hinsicht einfach auch deswegen möglich, weil die erstgenannten zum Kuranfang in BFB3 bedeutsam geringere Werte als die zweitgenannten aufwiesen. Auf einen expliziten Vergleich zwischen den intraindividuellen Veränderungen bei zusätzlich psychologisch behandelten LVA- und BfA-Patienten in den wenigen in Wiederholungsform vorliegenden dichotomisierten anamnestisch-katamnestischen Variablen verzichten wir, da hierzu keine intraindividuellen Prüfverfahren angewendet wurden. Beim visuellen Vergleich zeigt sich, daß hier erfolgsrelevante Unterschiede vorzuliegen scheinen. Hervorgehoben sollte aber werden, daß im täglichen Zigarettenkonsum (Überprüfung bei LVA- und BfA-Patienten mittels t-Test für abhängige Stichproben) die Verminderungen zu T3 im Vergleich zu T1 bei den zusätzlich psychologisch behandelten BfA-Patienten eindeutiger sind.

Noch ein weiterer Hinweis auf die Häufigkeit und Dauer der krankheitsbedingten Fehlzeiten scheint angebracht: Wie wir bereits in der auf die LVA-Patienten bezogenen Auswertung betonten, ist ein direkter intraindividueller Fehlzeitenvergleich wegen der nicht vergleichbaren zweijährigen Kurvorzeit nicht sinnvoll. Wir haben dort wie auch bei den zusätzlich psychologisch behandelten BfA-Patienten dennoch einen solchen Vergleich im Rahmen der intraindividuellen

Analysen vorgenommen. Aus diesem kann lediglich geschlossen werden, daß es auffällig ist, wenn Patientengruppen keine statistisch bedeutsame Verringerung aufweisen. Genau dies ist indessen bezüglich der Häufigkeit und Dauer zwar für die Gesamtgruppe und die meisten Teilgruppen nicht der Fall, kommt aber doch bei einzelnen Kollektiven vor. So erreicht z.B. die Abnahme der Häufigkeit der krankheitsbedingten Fehlzeiten für die Männergruppe - trotz unterschiedlicher Vergleichszeiträume - keine statistische Bedeutsamkeit (p .224), was auch für die Gruppe mit psychologischer Therapie/Beratung und die Kombinationsbehandlungsgruppe aus den drei Therapievergleichsgruppen und für die Gruppe mit psychologischer Therapie/Beratung aus den einzelmaßnahmenbezogenen Gruppen, ebenfalls für die mit "sonstigen" Verfahren, gilt. Diese mangelnde Häufigkeitsverringerung findet sich bei Aufteilung der Diagnosegruppen ebenfalls, und zwar für die Patienten mit anderweitigen Diagnosen als der des "Psychovegetativen Syndroms" aus der Gesamtgruppe und aus der Kombinationsbehandlungsgruppe (p .746 und .859). In den übrigen anamnestisch-katamnestischen Variablen wiederum finden sich für die diagnosespezifischen Gruppen vergleichbare Veränderungen, außer z.B. im Bier- und Weinkonsum. Bedeutsame Veränderungen zeigen sich hierbei jeweils für die Gruppen mit "Psychovegetativem Syndrom" aus Kombinationsbehandlungs- und Verhaltenstherapiegruppe, wobei der Bierkonsum abnimmt (p .000 und .041), der Weinkonsum jedoch zunimmt (p .048 und .048).

25.6 Zusammenfassung

Zunächst wird die Stichprobe der im Laufe ihres Heilverfahrens zusätzlich psychologisch behandelten BfA-Kurpatienten (N=169) beschrieben, und zwar hinsichtlich der an diesen angewendeten vorherrschenden Therapiemethoden, außerdem bezüglich verschiedener soziografisch-anamnestischer sowie diagnosespezifischer Kennwerte. In diesen Merkmalen wird die Gruppe der zusätzlich psychologisch behandelten

BfA-Patienten auch mit anderen interessierenden Gruppen aus dem gesamten BfA- und LVA-Patientenkollektiv (N=214 und N=180), vor allem der der psychologisch behandelten LVA-Patienten verglichen, wobei die Probleme der Vergleichbarkeit diskutiert werden.

Anhand von mehrfaktoriellen Varianzanalysen (mit den Auswertungsdesigns PP-G-BA-BT, PP-G-BA-BT-D, PP-G-A-F-Ki, PP-G-BA-BT-PM) und Chi-Quadrat-Tests werden interindividuelle Unterschiede zwischen den Stichproben der zusätzlich psychologisch behandelten Patienten aus der BfA- und LVA-Gruppe (hier N=29 Personen mit zusätzlicher psychologischer Behandlung) untersucht. Im folgenden wird nun auf statistisch bedeutsame Unterschiede (Haupteffekte in der Varianzanalyse bzw. Unterschiede im Chi-Quadrat-Test; p zwischen $\leqslant$ .05 und $\leqslant$ .001) Bezug genommen. Bei dieser Analyse stellt sich innerhalb der Variablen des Fragebogens Einstellung zur Kur EzK heraus, daß in den drei erstgenannten der varianzanalytischen Designs die (zusätzlich psychologisch behandelten) LVA-Patienten in höherem Ausmaß als die (zusätzlich psychologisch behandelten)BfA-Patienten die Entlastung von alltäglichen Anforderungen, neue zwischenmenschliche Begegnungen und Aussprache (EzK2) erwarten. Auch erwarten sie (wie das PP-G-A-F-Ki-Design zeigt) vermehrt die Wiederherstellung eines befriedigenden Gesundheitszustandes (EzK1), jedoch vermindert die Rezeption "natürlicher" Heilmaßnahmen (EzK3). Allerdings erweist sich in diesen Haupteffekten der erstgenannte nicht mehr als spezifisch für die Zugehörigkeit zum zusätzlich psychologisch behandelten LVA- oder BfA-Patienten-Kollektiv, sobald die vorherrschende Therapiemethode als Faktor in das Auswertungsdesign einbezogen wird. Die genannten erhöhten Ausprägungen kennzeichnen dann die gesprächstherapeutisch behandelten Patienten gegenüber den verhaltenstherapeutisch behandelten. Dementsprechende Ergebnisse finden sich in der Auswertung der Variablen des Fragebogens Beurteilung der Kur BdK: Der PM-Faktor begründet erneut in dem Sinne einen Haupteffekt, daß sich die klientzentriert und kombiniert behandelten Patienten gegenüber den verhaltenstherapeutisch behandelten Patienten als

vermehrt zufrieden mit den erholungs- und kommunikationsfördernden Bedingungen (BdK3) beschreiben. Dies gilt auch für die psychologischen Kurmaßnahmen (BdK4). Dagegen macht in der katamnestischen Kurbeurteilung wiederum - mit einem jeweils statistisch bedeutsamen Haupteffekt in allen varianzanalytischen Designs - die Zugehörigkeit zur LVA- oder BfA-Stichprobe einen Unterschied aus: die erstgenannten geben im Verhältnis zu den zweitgenannten eine vermehrt positive Kurerfolgsbeurteilung ab.

In den Variablen des Fragebogens Hypochondrie und Gesundheitsverhalten HG deuten sich teilweise vermehrte hypochondrierelevante Werte der LVA-Patienten im Vergleich zu denen der BfA-Patienten an (PP-G-A-F-Ki), in der Risikovermeidung (HG2 zum 1. und 2. Termin) und dem Mißtrauen gegenüber dem eigenen Körper (HG4, Termin2), andererseits aber auch (PP-G-BA-BT-PM) eine verminderte Beachtung von Krankheitsanzeichen (HG3) zum Katamnesetermin. Im Fragebogen zur Erfassung subjektiver Krankheitskonzepte und Behandlungsvorstellungen KKB werden zu allen drei Erhebungsterminen erhöhte Werte der LVA- gegenüber denen der BfA-Patienten in dem psychosozial-psychotherapeutischen Krankheitskonzept KKB1 deutlich, die allerdings auf die drei, die Behandlungsmethode nicht einbeziehenden, Auswertungsdesigns beschränkt bleiben. An einzelnen Untersuchungsterminen deuten sich auch geringere Ausprägungen der LVA- als der BfA-Patienten in den stress- und organmedizinisch orientierten Krankheitskonzepten (KKB2, KKB3) an.

Durchgängig, über alle varianzanalytischen Auswertungspläne hinweg, werden zum Kuranfang vermehrte Neurotizismuswerte der LVA-Patienten im Freiburger Persönlichkeits-Inventar FPI deutlich. Analoges gilt für die subjektiven Beschwerden (Freiburger Beschwerdenliste FBL), was jedoch auf das PP-G-A-F-Ki-Design beschränkt bleibt.

An mehreren Untersuchungsterminen finden sich in den Adjektiv-Skalen zur Einschätzung der Stimmung SES (in den verschiedenen Auswertungsdesigns) charakteristische Unterschiede zwischen den LVA- und BfA-Patienten mit jeweils

verminderten Ausprägungen der erstgenannten in den Skalen "Trägheit" und "Müdigkeit", "Gehobene Stimmung" und "Ausgeglichene Stimmung".

In den Variablen des Fragebogens zur Erfassung subjektiver psychosozialer Belastungen im Zusammenhang mit Ehe, Familie und Beruf BFB zeigt sich zum Kuranfang und Kurende eine größere berufsbezogene Unzufriedenheit (BFB3) der LVA- als der BfA-Patienten (PP-G-A-F-Ki); im Design, das die Therapiemethode einbezieht, werden höhere Belastungswerte der klientzentriert behandelten als der verhaltenstherapeutisch behandelten (bei Mittelstellung der kombiniert behandelten) Patienten im Zusammenhang mit der Ehe sichtbar (BFB1).

In allen Designs werden globaler Kurerfolg und Prognose bezüglich des künftigen Gesundheitsverhaltens aus der Sicht der behandelnden Kurklinikärzte für die LVA-Patienten positiver als für die BfA-Patienten beurteilt.

Im Anamnestischen Erhebungsbogen werden neben den oben genannten soziografisch-anamnestischen Unterschieden zwischen LVA- und BfA-Patienten nur wenige bedeutsame Differenzen deutlich. So findet sich eine geringere Anzahl erholungsgenutzter Urlaubstage für die LVA- als für die BfA-Patienten. Außerdem ergibt sich für die erstgenannten ein bedeutsam höherer Bierkonsum als für die zweitgenannten. Er findet sich auch wieder im Katamnestischen Erhebungsbogen. In diesem zeigt sich außerdem ein Haupteffekt, aus dem eine geringere Dauer krankheitsbedingter Fehlzeiten bei den klientzentriert als bei den anderweitig behandelten Patienten hervorgeht. Nicht zuletzt zeigt sich, daß die LVA-Patienten mit einer größeren Dauer die Fortsetzung von Entspannungsübungen angeben, wie sie sich allerdings auch vermindert zuversichtlich bezüglich ihrer Familie beschreiben .

Im Psychologischen Interview erscheinen die LVA-Patienten insgesamt in höherem Ausmaß als die BfA-Patienten belastet und vermehrt mit Symptomen psychovegetativer Gestörtheit behaftet, was konsistent mit der bei den erstgenannten fast ausschließlich gegebenen Hauptdiagnose des "Psychovegetativen Syndroms" ist. Haupteffekte in Abhängigkeit von der vor-

herrschenden Therapiemethode zeigen sich insofern, als die klientzentriert behandelten Patienten aus der Sicht der Untersucher als vermehrt mitteilungsbereit und eigengesteuert (anstatt fremdgesteuert) erscheinen im Vergleich etwa zu den verhaltenstherapeutisch behandelten Personen.

Neben den Unterschieden in der Hauptdiagnose, wobei für die LVA-Patienten größtenteils das "Psychovegetative Syndrom" zutrifft und für die BfA-Patienten etwa zur Hälfte diese diagnostische Zuordnung, jeweils im Vergleich zur Gesamtheit anderer Hauptdiagnosen, erscheint, ergibt sich in den medizinischen Kennwerten: In allen varianzanalytischen Designs zeigt sich, daß die Triglyceridewerte der LVA-Patienten im Verhältnis zu denen der BfA-Patienten erhöht, die Harnsäurewerte jedoch vermindert sind. Von der Zuordnung zur vorherrschenden Therapiemethode her gesehen finden sich zum Kuranfang und zum Kurende Haupteffekte im Körpergewicht mit höheren Werten der verhaltenstherapeutisch behandelten Patienten als der anderweitig behandelten.

Intraindividuelle Veränderungen zwischen Kuranfang und Kurende (T1-T2) sowie zwischen Kuranfang und Katamnese (T1-T3) werden (in erster Linie) für die metrischen, und zwar psychologischen, medizinischen und anamnestisch-katamnestischen Kennwerte, die in identischer Fassung als Wiederholungsmessungen vorliegen, untersucht. Dabei konzentriert sich die Betrachtung auf die Gesamtgruppe der zusätzlich psychologisch behandelten BfA-Patienten, innerhalb dieses Kollektivs sodann auf die Geschlechtergruppen und die verschiedenen therapiebezogenen Untergruppen, d.h. auf die drei Therapievergleichsgruppen und die einzelmaßnahmenbezogenen Teilgruppen, ferner auf die beiden diagnosespezifischen Gruppen der Patienten mit der Hauptdiagnose "Psychovegetatives Syndrom" und anderweitigen Hauptdiagnosen in ihrer jeweiligen Gesamtheit und in ihrer Aufteilung innerhalb der Therapievergleichsgruppen (und zwar der Gruppe mit Kombinations- und verhaltenstherapeutischer Behandlung; nicht der Gruppe mit psychologischer Therapie/Beratung, bei der wegen des kleinen N auf eine diagnosespezi-

fische Aufteilung verzichtet wird.

Innerhalb der psychologischen Fragebogenvariablen zeigt sich zunächst einmal, daß die Krankheitkonzepte "Stress und Schonung" und "Körperleiden und Organmedizin" aus dem Fragebogen zur Erfassung subjektiver Krankheitskonzepte und Behandlungsvorstellungen KKB (hier KKB2 und KKB3) zu Kurende und Katamnese von Gesamt- und Untergruppen bedeutsam weniger bemüht werden. Therapiemethodenspezifische Veränderungen deuten sich u.a. insoweit an, als die Patienten der Vergleichsgruppe mit psychologischer Therapie/Beratung in beiden intraindividuellen Vergleichen eine vermehrte Präferenz für das arbeitsbezogene Krankheitskonzept (KKB4) ausdrücken. Dies gilt auch für die Gesamtgruppe der Patienten mit der Hauptdiagnose "Psychovegetatives Syndrom", wie sich für diese auch verminderte Werte im psychosozial-psychotherapeutischen Krankheitskonzept (KKB1), jeweils im Vergleich zu den Patienten mit anderweitigen Hauptdiagnosen, erkennen lassen.

Im Fragebogen Hypochondrie und Gesundheitsverhalten HG finden sich in den beiden intraindividuellen Analysen für die gesamte Gruppe der zusätzlich psychologisch gehandelten BfA-Patienten sowie für etliche Untergruppen bedeutsam zunehmende Ausprägungen in den Variablen "Risikovermeidung bezüglich körperlicher Gefährdung" (HG2) und "Beachtung von Krankheitsanzeichen" (HG3). Diagnosespezifische Unterschiede in den Veränderungen der HG-Variablen sind nur sehr begrenzt festzustellen.

Der Schwerpunkt der Veränderungen in den Variablen des Freiburger Persönlichkeits-Inventars FPI besteht für Gesamtkollektiv und Untergruppen in einer vermehrten Extravertiertheit und Aggressivität gegen Ende des Heilverfahrens und in der Halbjahreskatamnese. Für die Frauen deutet sich hierbei zusätzlich eine vermehrte Offenheit der Selbstschilderung an. Die vermehrten Extraversionswerte finden sich auch bei diagnosespezifischer Aufteilung der Patienten, wobei sich außerdem ein bedeutsam vermindertes Ausmaß an emotionaler Labilität zum Kurende, tendenziell auch zur

Katamnese, für die Patienten mit der Diagnose "Psychovegetatives Syndrom" andeutet.

Durchgängig werden für das gesamte und die verschiedenen Teilkollektive, mit Ausnahme der VT-Vergleichsgruppe, bedeutsame Verminderungen in den subjektiven Beschwerden, und zwar zum Kurende und zur Katamnese, deutlich (Freiburger Beschwerdenliste FBL).

Positiv interpretierbare Veränderungen sowohl kurzfristiger als auch längerfristiger Art (Kurende, Katamnese) zeigen sich für die Gesamtgruppe und die Mehrheit der Teilgruppen in den Variablen "Gehobene Stimmung", "Aktiviertheit" und "Müdigkeit" aus den Adjektiv-Skalen zur Einschätzung der Stimmung SES. Die Veränderungen in den weiteren Skalen im Sinne verminderter "Mißstimmung" und "Gedrückter Stimmung", außerdem vermehrter "Ausgeglichener Stimmung" wie auch "Trägheit", bleiben eher kurzfristig, d.h. auf das Kurende beschränkt. In diagnosespezifischer Hinsicht fällt auf, daß die Veränderungen in den erstgenannten drei Skalen für die Patienten mit der Diagnose "Psychovegetatives Syndrom" eindeutiger als für diejenigen mit anderweitigen Diagnosen ausfallen, in den übrigen Skalen hingegen weniger bedeutende Veränderungen zustandekommen.

Für die gesamte Gruppe zusätzlich psychologischer BfA-Patienten und für die meisten Untergruppen findet sich innerhalb der Variablen des Fragebogens zur Erfassung subjektiver psychosozialer Belastungen im Zusammenhang mit Ehe, Familie und Beruf BFB sowohl zum 2. wie zum 3. Erhebungstermin eine bedeutsam vermehrte berufsbezogene Unzufriedenheit (BFB3), zum letztgenannten Termin auch eine herabgesetzte subjektive Überforderung im Zusammenhang mit der alltäglichen Arbeit (BFB2). Es stellen sich kaum diagnosespezifische Unterschiede im Ausmaß dieser Veränderungen heraus, wenngleich sich aber doch eine Zunahme in BFB3 eher für die "psychovegetativen" Patienten abzeichnet.

In den medizinischen Variablen, die den an der LVA-Stichprobe erhobenen vergleichbar sind, finden sich durchgängig

zum Kurende bedeutsame Verminderungen der Blutdruckwerte, wie sich zu diesem und zum katamnestischen Untersuchungstermin auch eine Reduktion des Körpergewichts herausstellt.

In den anamnestisch-katamnestischen Variablen werden, was den Konsum an Medikamenten betrifft, vielfach bedeutsame Verminderungen in der Einnahme von Schlaf- und Beruhigungsmitteln, teilweise auch von Schmerzmitteln, deutlich. Im Hinblick auf den Konsum koffein- bzw. tein- und alkoholhaltiger Getränke ergeben sich bedeutsam verminderte Angaben im Kaffee- bzw. Tee- und Bier-Konsum, ebenso auch im durchschnittlichen Zigarettenkonsum. Da für die Gesamtgruppe und einen Teil der Untergruppen die Verminderung der Häufigkeit (und der Dauer sowieso) krankheitsbedingter Fehlzeiten nicht überraschend ist und wegen des längeren Kurvorzeitraums von zwei Jahren und des kürzeren Kurnachzeitraums von nur einem halben Jahr trivial erscheint, ist es auffällig, daß sich diese häufigkeitsbezogene Verminderung für die Männergruppe und die beiden Therapievergleichsgruppen mit psychologischer Therapie/Beratung und Kombinationsbehandlung sowie die Patienten mit anderweitiger Diagnose als der des "Psychovegetativen Syndroms" nicht findet. Nicht zuletzt finden sich positiv interpretierbare Veränderungen in dichotom gestuften anamnestisch-katamnestischen Variablen wie der vorherrschenden Form der Freizeitgestaltung, der Beurteilung der eigenen Lebensführung (als gesund) und der Berufstätigkeit bzw. deren Verhinderung infolge Krankheit und/oder Arbeitslosigkeit.

Bei der vergleichenden Betrachtung der Veränderungen in den verschiedenen Variablen, wie sie sich für die zusätzlich psychologisch behandelten LVA-Patienten einerseits und die zusätzlich psychologisch behandelten BfA-Patienten andererseits ergeben, werden, in Abhängigkeit von der Spezifität der Veränderungen, vor allem die drei Fälle 1. der sowohl bei zusätzlich psychologisch behandelten und nicht dementsprechend behandelten, vergleichbaren LVA- als auch bei den zusätzlich psychologisch behandelten BfA-Patienten (therapieunspezifisch) auftretenden Veränderungen, 2. der spezi-

fisch bei den zusätzlich psychologisch behandelten BfA-, nicht aber in gleicher Weise bei den zusätzlich psychologisch behandelten LVA-Patienten zu sichernden Veränderungen und 3. der spezifisch bei den zusätzlich psychologisch behandelten LVA-, nicht aber in gleicher Weise bei den zusätzlich psychologisch behandelten BfA-Patienten vorzufindenden Änderungen, unterschieden. Die Betrachtung konzentriert sich über die Gesamtheit der beiden zusätzlich psychologisch behandelten LVA- und BfA-Patienten hinaus auf verschiedene geschlechts-, therapiemethoden- und diagnosespezifische Teilgruppen,darunter besonders diejenige aus der BfA-Patientenstichprobe mit der Hauptdiagnose "Psychovegetatives Syndrom", da diese Teilgruppe vermehrt mit der fast ausschließlich dieser Diagnose zugeordneten LVA-Gruppe vergleichbar erscheint. Es ergibt sich, daß in Abhängigkeit von der graduell unterschiedlichen Geltung für einzelne Teilkollektive, die drei Fälle die folgende Bedeutung haben. Dementsprechend betrifft Fall 1 die stress- und organmedizinisch orientierten Krankheitskonzepte aus KKB, die Beschwerden (FBL), die SES-Variablen "Mißstimmung" und "Müdigkeit", außerdem die Mehrheit der anamnestisch-katamnestischen und medizinischen Variablen. Fall 2 gilt mehr oder weniger für das psychosozial-psychotherapeutische und das arbeitsbezogene Krankheitskonzept aus KKB, ferner für die Variable des Mißtrauens gegenüber Ärzten und Therapien aus HG, die SES-Variablen der bekannten Trias der Skalen "Gehobene Stimmung", "Aktiviertheit" und "Ausgeglichene Stimmung", die berufsbezogene Unzufriedenheit und die arbeitsbezogene Überforderung aus BFB, schließlich für den Kaffee- bzw. Tee-, Bier-, Beruhigungs- und Schmerzmittel- sowie Zigarettenkonsum, teilweise auch für das Körpergewicht (dessen Reduktion sich bei den, freilich eher übergewichtigen, Kombinationstherapie- und VT-Patienten, nicht aber bei den, freilich kaum übergewichtigen, GT-Patienten aus der LVA-Gruppe ergeben hatte). Fall 3 schließlich betrifft die HG-Variable Mißtrauen gegenüber dem eigenen Körper und die Neurotizismusvariable des FPI jeweils teilweise.

Eine Diskussion der Probleme der Vergleichbarkeit interindividueller Unterschiede in Abhängigkeit von der Zugehörigkeit zur zusätzlich psychologisch behandelten Patientengruppe aus der LVA- und der BfA-Stichprobe sowie zur vorherrschenden Therapiemethode und Diagnose, ferner der bei den zusätzlich psychologisch behandelten LVA- und BfA-Patienten entsprechend der oben genannten drei Fälle zu unterscheidenden Veränderungen schließt sich an.

26 Ergebnisse zu Frage 14: Aufgrund welcher Variablen können Effekte der stationären Heilmaßnahmen vorausgesagt werden?

26.1 Vorbemerkungen

Diese Frage zielt darauf ab, aufgrund von Ausprägungen in bestimmten Variablen bzw. "Faktoren" Veränderungen oder/und Ausprägungen in solchen Variablen, die mehr oder weniger als Effekte und eventuell Erfolge stationärer Heilmaßnahmen angesehen werden können, vorauszusagen. Dabei ist es von besonderem Interesse, ob bereits zu einem frühen Zeitpunkt des Rehabilitations- bzw. Heilverfahrensprozesses solche "unabhängigen" Variablen gefunden werden können, denen für die zu einem späteren Zeitpunkt dieses Prozesses zu ermittelnden effizienzrelevanten "abhängigen" Variablen eine "varianzaufklärende" Bedeutung zukommt. Im Rahmen unserer Studie wären somit die unabhängigen Variablen, die sich zum Kuranfang ermitteln lassen und die die Variablenausprägungen zum Kurende und/oder Halbjahreskatamnese aufklären, wichtig. Neben dieser "längsschnittartigen" Betrachtung hat aber auch eine "querschnittartig" angelegte ihren Stellenwert, und zwar besonders dann, wenn die systematischen Abhängigkeiten bestimmter Variablen von wiederum anderen "unabhängigen" Variablen interessieren, die zum gleichen Zeitpunkt, z.B. zum Kurende oder zur Halbjahreskatamnese, ermittelt wurden.

Eine dementsprechende, in erster Linie längsschnittartige, aber auch querschnittartige Inbeziehungsetzung von unabhängigen bzw. Prädiktorvariablen und von abhängigen bzw. Kriterienvariablen kann mit Hilfe der multiplen Regressionsrechnung geleistet werden. Sie erlaubt, möglichst optimale lineare Kombinationen zwischen diesen beiden Variablenbereichen zu bestimmen, insbesondere insofern, als - zumal bei schrittweiser Prädiktorenbestimmung - nur die Prädiktoren indentifiziert werden, die jeweils einen bedeutsamen Anteil der Kriterienvarianz aufklären, während Prädiktoren, die nur "redundante" Information beisteuern, nicht berücksichtigt werden.

Durch die vorliegende Fragestellung ist auch das Thema der Assessmentforschung im weiteren und das der kriterienbezo-

genen Forschung im besonderen Sinne angesprochen. Im theoretischen Teil haben wir bereits dargelegt, daß zur Frage der Erfolgskriterien der stationären Heilmaßnahmen inzwischen einige erste Formulierungen, die ihrerseits teilweise aus normativ-gesetzlichen Grundlagen abgeleitet sind, vorliegen. Wir haben dann selbst einige Überlegungen zur Ableitung und Formulierung von Kriterien, insbesondere auf dem Hintergrund humanistisch-sozialethischer Zielsetzungen der Rehabilitationsmaßnahmen, angestellt. Wenn wir nun von dem dort skizzierten Stand inhaltlicher und methodischer Konzepte im Hinblick auf die Frage der Voraussage erfolgsrelevanter Merkmale der stationären Heilmaßnahmen ausgehen und außerdem die Resultate unserer bisherigen verschiedenen interindividuellen und intraindividuellen Unterschiedsanalysen berücksichtigen, dann könnten folgende Auswertungsverfahren, zunächst hinsichtlich der Kriterien, sodann hinsichtlich der Prädiktoren dargestellt, vorgenommen werden.

Möglichkeiten der Kriterien-Definition: eine erste Möglichkeit besteht darin, psychologische, medizinische und anamnestisch-katamnestische Variablen heranzuziehen, die (zu zwei oder drei Terminen) in Wiederholungsform vorliegen, und die entsprechenden Differenzwerte zwischen Kuranfang und Kurende sowie zwischen Kuranfang und Halbjahreskatamnese in die Regressionsrechnung einzubeziehen. Im Hintergrund dazu steht die Überlegung, daß ohnehin die Mehrzahl der Wiederholungsvariablen vor allem auch unter dem Gesichtspunkt ausgewählt wurden, daß Veränderungen in ihnen in irgend einer Weise in irgend einer Beziehung zum Kurerfolg stehen (vgl. z.B. GÖLLNER 1973, KULPE 1975).

Eine zweite Möglichkeit besteht darin, die zum Kurende und zur Halbjahreskatamnese in der betreffenden Form nur an einem dieser beiden Termine vorliegenden Variablen als Kriterien zu definieren. Hierzu gehören z.B. die Variablen des Fragebogens BdK und zur katamnestischen Kurbeurteilung, außerdem die Variablen des katamnestischen Erhebungsbogens zur Beibehaltung der auf der Kur empfohlenen bzw. erlernten gesundheitsförderlichen Maßnahmen sowie zu den krankheitsbedingten Fehlzeiten.

Eine dritte Möglichkeit würde implizieren, daß entweder die Differenzbeträge, nicht wie unter der ersten Möglichkeit dargestellt, oder die speziellen und in der betreffenden Form nur zum Kurende oder zur Katamnese vorliegenden Variablen, nicht wie unter der zweiten Möglichkeit dargelegt, in einzelvariablenbezogener Fassung, sondern auf der Grundlage ihrer faktorenanalytisch gefundenen Zuordnung, und zwar jeweils als Summenwerte aus den pro Dimension höchstladenden Variablen, behandelt werden.

Eine vierte Möglichkeit besteht darin, für die, gleichgültig ob in Wiederholungs- oder in einmaliger Form zum Kurende und zur Katamnese vorliegenden Variablen Cuttoff-Werte festzulegen. Denkbar wäre dies z.B. für das Ausmaß subjektiver Beschwerden oder subjektiven Kurerfolgs, in gewisser Weise auch für das Körpergewicht (z.B. bestimmter Werte der Übergewichtsreduktion) und für die krankheitsbedingten Fehlzeiten.

Möglichkeiten der Prädiktorendefinition: Erstens könnten die bisherigen Merkmale zur Bildung von Gruppen, die ja als unabhängige Variablen in den Varianzanalysen pro einzelnem Untersuchungstermin bereits indirekt zur Analyse der Veränderungen eingesetzt wurden, nun als Prädiktoren in die Regression auf die Differenzwerte oder/und auf die Variablenausprägungen zum Kurende und zur Katamnese verwendet werden. Dabei könnten Richtung und Ausmaß der Veränderungen in Abhängigkeit von jenen Merkmalen noch direkter angegangen werden. Zusätzlich wäre es möglich, noch einzelne andere Gruppeneinteilungsmerkmale, die bezüglich des Kurerfolges von Bedeutung und Interesse sind, als Prädiktoren zu behandeln, so z.B. den Raucher- bzw. Nichtraucherstatus (zu Kuranfang), das Vorkommen bzw. Nichtvorkommen von Lebensereignissen u.ä..

Eine zweite Möglichkeit besteht darin, die eben genannten Prädiktoren teilweise zu modifizieren und zu erweitern. So würden insbesondere die bekannten Abhängigkeiten von den Ausgangswerten (zum früheren bzw. ersten Termin) in Rechnung gestellt, in dem z.B. die zu T1 erhobene Ausprägung in der

Neurotizismusskala des FPI als einer der Prädiktoren für die in dieser Variable stattfindenden Veränderungen einbezogen wird. Darüber hinaus würde eine erweiterte und komplexere Fassung von Prädiktoren darin bestehen, daß einmal bestimmte einzelne Prädiktoren, wie sie etwa schon als unabhängige Variablen in die Varianzanalysen eingingen, nun innerhalb umfassenderer Daten erscheinen. So erscheint z.B. das Belastungsrating des Psychologischen Interviews nun als Teil des Summenwertes aus den Kennwerten zum (ersten) Interviewfaktor der psychischen Belastung. Zum anderen wäre es möglich, auf der Basis der - vor allem zum ersten Termin durchgeführten - faktorenanalytischen Auswertung die pro Faktor höchstladenden Variablen als Summenwerte zusammenzufassen.

Die verschiedenen Auswertungsmöglichkeiten werfen verschiedene Probleme auf, von denen zumindest einige genannt werden sollen. Sie bestimmen auch die Möglichkeiten und Grenzen der konkreten regressionsanalytischen Auswertungsschritte . Diese Auswertungsschritte werden sodann genannt. Zunächst sind es Probleme, die allgemein mit der Veränderungsmessung und multiplen Regressionsrechnung zusammenhängen. Dazu gehört, daß sich die Zufallsfehler im Zuge regressionsanalytischer Auswertungen summieren. So können erst Kreuzvalidierungsansätze eine größere Sicherheit hinsichtlich der aufgrund der Regressionsrechnung zu vermutenden Resultate erbringen. Weiterhin ist zu berücksichtigen, daß die Variablen zu einem späteren Zeitpunkt von den Variablenausprägungen des früheren Zeitpunktes in einem erheblichen Maße abhängig sind. Auch die Interpretation der Differenzwerte wirft Probleme auf insofern, als ihre Reliabilität vermindert ist, wenn zwischen Vor- und Nach-Test eine hohe interne Konsistenz besteht, und - was häufig der Fall ist (vgl. 22) - eine beachtliche Abhängigkeit von Vor- und Nach-Testwerten besteht. Andererseits könnte dann, wenn auch die Ausgangswerte in die Regressionsrechnung einbezogen werden, die Prädiktoren, die im Sinne von Moderatorvariablen von besonderem Interesse sind, so z.B. die psychologische Behandlung, um so eindeutiger hervortreten, wenn sie auch

nach Einbeziehung von Ausgangsausprägungen noch bedeutsame Veränderungsvarianzen aufklären.

Cuttoff-Werte wären zum gegenwärtigen Zeitpunkt der Kriterienforschung im Kontext der klinischen Rehabilitationsmaßnahmen noch weitgehend willkürlich ausgefallen. Daher erscheint es zweckmäßiger, die gesamte Streuung der Kriteriumsvariablen zu berücksichtigen. Unter diesen Umständen nehmen wir, bei jeweils schrittweiser Prädiktorenauswahl, folgende regressionsanalytische Auswertungsschritte vor (Programm REGRESSION).
In einem ersten regressionsanalytischen Auswertungsgang setzen wir folgende Kriterien und Prädiktoren miteinander in Beziehung. Als Kriterien werden die zwischen dem Kuranfangs- und Kurende- sowie zwischen dem Kuranfangs- und Halbjahreskatamnese-Termin (T1-T2, T1-T3) auftretenden Differenzbeträge in den Variablen definiert, deren Ausprägungen als Wiederholungsmessungen (an insgesamt 2 bis 3 Terminen) vorliegen. Dabei handelt es sich um die - schon aus den t-Tests für abhängige Stichproben bekannten - psychologischen, medizinischen und anamnestisch-katamnestischen Variablen, insbesondere insoweit sich bei jener intraindividuellen Analyse unter Bezugnahme auf das gesamte, männliche oder weibliche LVA-Kurpatientenkollektiv statistisch bedeutsame Unterschiede herausgestellt haben. Zum Teil werden auch solche Variablen als Kriterien behandelt, die ebenfalls als erfolgsrelevant angesehen werden können, deren Ausprägungen aber, wegen der fehlenden Wiederholungsmessung an in identischer Form vorliegenden Variablen, nur dem interindividuellen Vergleich zugänglich sind. Mit der multiplen Regressionsrechnung werden diese natürlich auch nicht im intraindividuellen Sinne vergleichbar, sondern lediglich auf die "Gewichtigkeit" ihrer Prädiktoren hin überprüfbar.

Hinsichtlich der Prädiktoren werden als "einfache" Prädiktoren die schon aus den interindividuellen Vergleichen bekannten und zum Kuranfang erhobenen Variablen des Geschlechts, des Alters (Altersgruppe), der Berufsausbildung und Berufstätigkeit, des Familienstandes und der Kinderzahl, der Kur-

wiederholung, des Belastungsratings im Psychologischen Interview, der zusätzlichen psychologischen Behandlung sowie der (vorgekommenen bzw. nicht vorgekommenen)life events verwendet.
Zusätzlich werden noch solche Variablen als Prädiktoren einbezogen, von denen angenommen werden kann, daß sie weitere, bisher weniger explizit berücksichtigte, Bedingungen des Arbeitslebens und des Gesundheitsstatus kennzeichnen. Es sind Schichtarbeit bzw. Nichtschichtarbeit und Raucher- bzw. Nicht-mehr-Raucher- und Nichtraucherstatus. Da es sich bei all diesen Variablen um eher stabil gegebene Merkmale handelt und/oder davon ausgegangen werden soll, inwieweit die Merkmalsausprägungen, die die Patienten zur Kur "mitbringen", mit dem Erfolg bzw. mangelnden Erfolg ihres Heilverfahrens in Beziehung stehen, werden die Ausprägungen bzw. Verteilungen der Prädiktoren, wie sie zu T1 gegeben waren, der Regressionsanalyse zugrundegelegt. Dies gilt für die Voraussage auf die Differenzwerte zwischen dem 1. und 2., auch dem 1. und 3. Termin, hierbei mit Ausnahme der Lebensereignisse. In diesen, sicherlich auch durch subjektive und zwischenmenschliche Faktoren mehr oder weniger "gewichteten" Ereignissen (vgl. MILLER 1980) kommen ja gegebenenfalls neue, während des Kurnachhalbjahres eintretende Verhältnisse vor, so daß wir, auch zur Kontrolle äußerer, zum Kurbeginn weniger vorauszusehender und (abgesehen etwa von der Einübung von Bewältigungsstrategien) außerhalb der therapeutischen Ansatzpunkte einer Kur liegender Umstände für die Regression auf die katamnestischen Veränderungen das Vorkommen bzw. Nichtvorkommen von Lebensereignissen im Zeitraum des Kurnachhalbjahres einsetzten. Dagegen werden in die Regression auf die zeitlich näheren Veränderungen zum Kurende die zeitlich näherliegenden Lebensereignisse aus den beiden Kurvorjahren einbezogen. Zur näheren Kennzeichnung wird das Auftreten bzw. Nichtauftreten von life events und die entsprechende Dichotomisierung als "Lebensereignisse" für den Zeitraum vor und als "Life events" für den Zeitraum nach der Kur angegeben (vgl. Tab. 57), bzw. einfach "Leben" und "Life" genannt.

Aufgrund der oben genannten Überlegungen (Abhängigkeit von Ausgangswerten, zugleich Kontrolle dieser Ausgangswerte und Möglichkeit zur genaueren Fassung des Gewichts bestimmter interessierender "unabhängiger Variablen", insbesondere etwa der zusätzlichen psychologischen Behandlung) setzen wir im weiteren Verlauf des ersten regressionsanalytischen Auswertungsganges, wiederum in bezug auf die Differenzen von T1-T2 und T1-T3 als Kriterien, "komplexe" Prädiktoren ein, deren Ausprägungen wie im Falle der "einfachen Prädiktoren zu T1 ermittelt wurden. Um hierbei die dimensionsanalytische Zuordnung der einzelnen Prädiktor-Variablen zu berücksichtigen, verwenden wir die Informationen aus der Faktorenanalyse Nr. 5, in die die gesamten, zu T1 vorliegenden anamnestischen, sozialen, psychologischen und medizinischen Kennwerte einbezogen wurden (vgl. 20). Die dort extrahierten Faktoren umfassen auch die in der oben genannten Regressionsanalyse verwendeten "einfachen" Prädiktoren. Für einen Großteil derselben gilt jedoch, daß sie als einzelne Variablen von Interesse sind. Sie werden deshalb weiterhin, auch in dem anhand komplexerer Prädiktoren durchgeführten regressionsanalytischen Auswertungsteil einzeln behandelt. Die dementsprechenden Variablen sind die Altersgruppe, das Geschlecht, der Familienstand,+ die Kinderzahl, die Berufsausbildung und Berufstätigkeit, die Kurwiederholung (das Belastungsrating und die Lebensereignisse entfallen hier zugunsten des komplexeren ersten Interviewfaktors), die Schichtarbeit und der Raucherstatus (siehe Vorbemerkung zu den einfachen Prädiktoren), außerdem die zusätzliche psychologische Behandlung und die Hauptdiagnose, wobei jeweils die bekannten Dummycodierungen in die Berechnung eingesetzt werden.

Diesen 11 "einfachen" Prädiktoren werden noch - entsprechend der dimensionsanalytischen Anhaltspunkte aus der Faktorenanalyse 5 - die folgenden 13 "komplexen" Prädiktoren, die auch die zu T1 erhobenen Ausgangswerte der Kriterienvariablen einschließen, hinzugefügt. Es handelt sich um jeweils den Summenwert

1. aus den Meßwerten der belastungs- und konfliktrelevanten

+ Nicht bezüglich BFB1.

Persönlichkeitsmerkmale "Aggressivität", "Offenheit", "Emotionale Labilität" (FPI2,9,N) "Gehemmtheit", "Erregbarkeit", "Nervosität", "Depressivität" (BPI1,2,3,4), die auf dem zweiten Faktor (der Faktorenanalyse Nr. 5) Höchstladungen gezeigt hatten;

2. aus den Meßwerten der höchstladenden Variablen des Faktors 3, der "Extravertiertheit" (FPI E;negativ ladend, daher entsprechende Umpolung, so daß ein hoher Wert einem hohen Introvertiertheitswert entspricht) und "Intimbereich" (BPI5) und den anamnestischen Items zu den Kindheitsbedingungen; außerdem um

3. das Relativgewicht, das zu den maximal ladenden Kennwerten des Faktors 2 gehört (gebildet nach der alten BROCCA-FORMEL Körpergewicht kg/(Körpergröße cm - 100) · 100); weiterhin den Summenwert

4. Aus den Meßwerten der hochladenden Variablen des Faktors 4, nämlich der ersten 3 KKB-Variablen (Seel.,psychosoz. Probl ., Ps.-Th., Streß und Schon., Körperleid. u. Org.-Med.) und den ersten beiden EzK-Variablen (Erw.befr.Ges.-Zust., Erw. Entl. Allt., Ausspr.,Kont.);

5. aus den Meßwerten der hochladenden Variablen des Faktors 6, und zwar der (in inhaltlich negativer Polung verrechneten) HG1-,2-,3-Variablen "Mißtrauen gegenüber Ärzten und Therapien", "Risikovermeidung bezüglich körperlicher Gefährdung", "Mißtrauen gegenüber dem eigenen Körper" sowie der (positiv ladenden) SES1-,3- und 7-Variablen "Gehobene Stimmung", "Aktiviertheit", "Ausgeglichene Stimmung", außerdem der (in negativer Polung verrechneten) Werte des ersten Belastungsfaktors des Psychologischen Interviews;

6. aus den Meßwerten der auf dem 7. Faktor hochladenden ehe- und kinder- sowie beanspruchungs- bzw. überforderungsbezogenen Belastungsskalen des BFB (BFB1, 2, 4) sowie des arbeitsbezogenen Krankheitskonzepts (KKB4);

7. aus den auf dem 8. Faktor hochladenden medizinischen Kennwerten der Harnsäure, der Erythrozyten, des Hämoglobins und des Bierkonsums;

8. aus den auf dem 9. Faktor hochladenden SES2-,4-,6-Variablen "Mißstimmung", "Gedrückte Stimmung", "Müdigkeit";

9. aus den auf dem 10. Faktor maximal ladenden Kennwerten zu den subjektiven Beschwerden (FBL), den anamnestischen Kennwerten zur Schlafgüte und zum Konsum von Schlaf-, Beruhigungs- und Abführtabletten;
10. aus den Meßwerten der auf dem 11. Faktor hochladenden Variablen der berufsbezogenen Unzufriedenheit (BFB3), der Beachtung von Krankheitsanzeichen (HG3, in negativer Polung verrechnet) und der EzK3-Variable (Erw.natürl.Heilm., Erf.-Zuv., in negativer Polung verrechnet), des (ersten) Belastungsfaktors des psychologischen Interviews sowie der Häufigkeit und Dauer der krankheitsbedingten Fehlzeiten;
11. aus den Werten zum systolischen und diastolischen Blutdruck (Faktor 12);
12. aus den Puls- und Cholesterinwerten (Faktor 13);
13. aus den anamnestischen Kennwerten zur Erholung bzw. zu dem Erholungsgefühl, und zwar zu dem Erholungsgefühl nach Wochenende und nach Urlaub sowie zu den erholungsgenutzten Stunden pro Tag und Urlaubstagen pro Jahr (Faktor 5, in jeweils gleichsinniger faktorenanalytisch vorgegebener Polung verrechnet). Darüber hinaus nehmen wir noch den ersten Belastungsfaktor des Interviews auf, da seine prädiktive Bedeutung"an sich" ebenfalls interessiert.

Nun halten wir noch einen zweiten regressionsanalytischen Auswertungsgang für zweckmäßig. Bei diesem interessiert vor allem die Beziehung zwischen den zum Kuranfang gegebenen Ausprägungen in etlichen Einzelvariablen einerseits (als Prädiktoren) und den zum Kurende gegebenen Ausprägungen in verschiedenen Variablen (als Kriterien) andererseits sowie zwischen den zum Kurende gegebenen Ausprägungen in etlichen Variablen einerseits (nun als Prädiktoren) und zum Zeitpunkt der Halbjahreskatamnese gegebenen Ausprägungen in verschiedenen Variablen (z.B. in psychologischen Fragebogen und im Katamnesebogen) andererseits (als Kriterien). Als Prädiktoren werden also jeweils die am zuvorliegenden Erhebungstermin (1 oder 2) gegebenen Variablenausprägungen, als Kriterien die jeweils an einem der folgenden Termine (2 oder 3) gegebenen Ausprägungen in verschiedenen Variablen behandelt. Im einzelnen handelte es sich, vom Kuranfang aus gesehen,

um folgende Prädiktoren:
Aus dem Bereich der psychologischen Fragebogenvariablen werden diejenigen der Fragebogen EzK, KKB, HG, FPI, BPI (hiervon nur die Nervositäts-Depressivitätsskala, da die anderen Skalen, wie z.B. Offenheit oder Erregbarkeit, teilweise durch das FPI abgedeckt sind), FBL und BFB verwendet. Aus den anamnestischen Erhebungsbogen werden Kennwerte des Alters, des Geschlechts, der Berufstätigkeit, weiterhin der krankheitsbedingten Fehlzeiten, der erholungsgenutzten Stunden pro Tag, der Trinkgewohnheiten, des Medikamentenkonsums, der stationären medizinischen Behandlungen, der Beurteilung der eigenen Lebensführung (als gesund) sowie des Raucherstatus verwendet (teilweise lagen in diesen Variablen Wiederholungsmessungen vor, so daß, um die Ausgangswertabhängigkeit zu kontrollieren, ihre Einbeziehung nahegelegt ist). Schließlich werden das Relativgewicht, das Belastungsrating aus dem Psychologischen Interview und das Vorkommen bzw. Nichtvorkommen von besonderen Lebensereignissen als Prädiktoren behandelt. Vom Kurende aus gesehen werden die dort vorliegenden Ausprägungen in den(bereits vom Kuranfang her genannten) psychologischen Fragebogen, mit Ausnahme der anstatt der EzK-Variablen nun eingesetzten BdK-Variablen sowie des anstatt zum Kuranfang zum Kurende gegebenen Relativgewichts, außerdem der schon zum Kuranfang verwendeten anamnestischen Kennwerte, als Prädiktoren behandelt. Analog werden auch die Prädiktoren von T3, und zwar insoweit Regressionen auf Variablen des Katamnesebogens von Interesse sind, bestimmt. Hierbei bilden sodann psychologische Fragebogenvariablen von T3, anamnestische Kennwerte, auch wieder die BdK und T2-Relativgewicht-Werte die Prädiktoren. Außerdem werden (wie im ersten Auswertungsgang) die auf die beiden Kurvorjahre bezogenen Life-event-Kennwerte durch diejenigen ausgetauscht, die die Lebensereignisse im Kurnachhalbjahr erfassen. Zusätzlich wurden die genannten Prädiktorensätze einmal mit den Variablen des Gruppenarzt- und Gruppenbetreuerin-Ratings kombiniert und einmal nicht. Uns interessiert hierbei die "Vorhersagekapazität" dieser Einschätzung.

Als Kriterien dieses zweiten regressionsanalytischen Ansatzes werden, wie teilweise schon angedeutet, einmal die zum Kurende gegebenen Ausprägungen in den psychologischen und medizinischen Variablen (bei Einsatz der zu T1 ermittelten psychologischen Fragebogenvariablen als Prädiktoren) und zum anderen die zur Halbjahreskatamnese gegebenen Ausprägungen in den nicht nur psychologischen und medizinischen, sondern auch in den Variablen des Katamnestischen Erhebungsbogens gegebenen Ausprägungen bestimmt (bei Einsatz der zu T2 ermittelten psychologischen Fragebogenvariablen als Prädiktoren) oder auch nur bestimmter Merkmale des Katamnesebogens verwendet (bei Einsatz der zu T3 ermittelten psychologischen Fragebogenvariablen als Prädiktoren).

In der folgenden Darstellung der Ergebnisse wählen wir im ersten Teil zunächst die Regressionen auf die Differenzbeträge zwischen T1 und T2 und/oder T1 und T3 in den verschiedenen (wiederholt in identischer Form ermittelten) Variablen aus. Hierbei konzentrieren wir uns auf die Variablen, in denen bereits im Zuge der t-Tests für abhängige Stichproben (bei zweiseitiger Fragestellung) bedeutende Veränderungen aufgetreten sind. Hierbei berücksichtigen wir pro Kriterium nacheinander die signifikanten (s.u.) einfachen und komplexen Prädiktoren. Zu beachten ist dabei, daß sich die Differenzbeträge zwischen Kuranfang und Kurende, und zwar in den psychologischen Fragebogenvariablen und in einem Teil der medizinischen Variablen, nämlich in den Körpergewichts-, Blutdruck- und Pulswerten, auf die gesamte Stichprobe der LVA-Kurpatienten beziehen (N=180, abgesehen von missing data). Ein weiterer Teil der in medizinischen Variablen zwischen Kuranfang und Kurende auftretenden Differenzbeträge betrifft allerdings nur den Teil der LVA-Patienten, bei dem zum Kuranfang erhöhte Werte gefunden wurden, so z.B. in den Cholesterin-, Triglyceride- und Harnsäurewerten. Weiterhin ist zu beachten, daß die zwischen T1 und T3 auftretenden Differenzbeträge in den psychologischen Fragebogenvariablen und in den anamnestisch-katamnestischen Variablen sowie in den(medizinischen) Kör-

pergewichtsdaten auf die Gruppe der Katamneseteilnehmer beschränkt bleiben (N=139, abgesehen von missing data).
Das in die jeweilige Regressionsgleichung eingehende N reguliert sich also - einmal - von dem N her, das aus der an mindestens zwei Terminen vorliegenden Kriteriumsvariable (=Differenzbeträge) oder der zum Kriteriumstermin erhobenen Einzelkriteriumsvariable resultiert. Würde sich das N im Falle der komplexen, d.h. der (wie wir gesehen haben) in der Regel auf einer Addition von mehreren Variablen basierenden Prädiktorvariablen, ebenfalls in dem Sinne reduzieren, daß die betreffende Person nur dann, wenn von ihr alle betreffenden Einzelvariablen vorhanden sind, in das N aufgenommen wird, dann würde sich eine erhebliche Stichprobenreduktion ergeben. Wir entschieden uns daher im Falle der komplexen, aus mehreren Einzelvariablen zusammengesetzten Prädiktorvariablen für eine mittelwertkorrigierte missing-data-Korrektur. Das bedeutet, daß beispielsweise im Falle eines bei einem bestimmten Patienten fehlenden Depressivitätswertes (BPI) dieser durch den Mittelwert der Stichprobe(der LVA-Patienten) ersetzt wird. Allerdings gilt diese missing-data-Korrektur wiederum nur in dem Falle, daß die betreffende Kriteriumsvariable überhaupt vorhanden ist, und daß in der Mehrheit der Einzelvariablen, die die komplexe Prädiktorvariable konstituieren, Werte vorhanden sind (im einzelnen siehe zu den Regressionsgleichungen Tab. 57).

Im weiteren zweiten Teil unserer Ergebnisdarstellung greifen wir aus dem zweiten regressionsanalytischen Auswertungsgang, in dem nicht Regressionen auf Differenzbeträge sondern auf Variablenausprägungen im Vordergrund stehen, nur einzelne interessierende Resultate heraus. Die entsprechende Selektion wird vor allem durch die folgenden Gesichtspunkte bestimmt: Zunächst interessiert, inwieweit die innerhalb der von uns neu- bzw. weiterentwickelten Methoden erfaßten Variablen eine "prädiktive" Bedeutung haben. Lassen sich anhand dieser Variblen, etwa aus EzK, BdK, Psychologischem Interview, auch Arzt- und Betreuerin-Rating, Voraussagen im Hinblick auf kurerfolgsrelevante Merkmale so-

wohl eher "subjektiver" als auch "objektiver" Art (also z.B. sowohl subjektive Kurbeurteilung als auch Fehlzeiten und Gewichtsveränderungen) treffen? (Dies ist auch ein Grund für die oben dargestellte breite Prädiktorenauswahl im zweiten Auswertungsgang.) Ein zweiter Aspekt betrifft die Beziehungen zwischen psychologischen und medizinischen bzw. auch objektiven Variablen, wobei sich besonders die Frage stellt, inwieweit sich anhand psychologischer Variablen die Ausprägungen in solchen Variablen, die gewissermassen zum "harten Kern" des Kurerfolgs gehören, so etwa die krankheitsbedingten Fehlzeiten, voraussagen lassen. Ein dritter Aspekt, der teilweise mit den zuvor genannten zusammenhängt, betrifft das Problem, daß die meisten der in den vorliegenden regressionsanalytischen Auswertungen implizierten Beantwortungs- bzw. Lösungsversuche noch einen sehr exploratorischen Charakter haben. So ist es angebracht, Voraussagen im Hinblick auf bestimmte Kriterienvariablen nicht nur von komplexen sondern auch von einzelnen Variablen aus zu treffen, deren Bedeutung dadurch betonter erkundet werden kann. Viertens ist außer in den eben genannten drei Fällen bei einer Voraussage auf Einzelvariablen (z.B. an T3) zusätzlich zu derjenigen auf die Differenz in diesen Einzelvariablen (z.B. zwischen T1 und T3) kein erheblich zusätzlicher Informationsgewinn zu erwarten, so daß wir in den Fällen, in denen schon Voraussagen auf Differenzbeträge berichtet werden, dann, wenn nicht die ersten drei Gesichtspunkte wichtig sind, auf eigene Darstellungen verzichten. - Das N zu diesen einzelvariablenorientierten Regressionen reguliert sich aus der Zahl der Patienten, von der jeweils Prädiktor- und Kriteriumsvariablen vorhanden sind (vgl. Tab. 57).

Wie bereits angedeutet, beziehen wir uns bei der Interpretation der aus dem erstgenannten und zweitgenannten Auswertungsgang ermittelten Ergebnisse auf einzelne (ob "einfache" oder "komplexe") Prädiktoren mit jeweils und insgesamt statistisch bedeutsamen (signifikanten bzw. sehr signifikanten) im Zuge der schrittweisen Regression erreichten Varianzanteil (d.h. bei p des F-Wertes im Vergleich zur

Prüfgröße von $\leqslant$ .05 bzw. $\leqslant$ .01). In der folgenden Darstellung geben wir jeweils auch den multiplen Regressionskoeffizienten R, das multiple Bestimmtheitsmaß R^2 sowie den dazu korrigierten Wert R^2 adjust. an (Darstellung als R^2 bzw. R^2adjust.; alle diese und weitere Kennwerte siehe auch Tab. 57).

26.2 Multiple Regressionen im Hinblick auf Differenzen bzw. Veränderungen in mehrmals erhobenen Variablen des subjektiven und eher objektiven Kurerfolgs

26.2.1 Multiple Regressionen auf die Differenzen bzw. Veränderungen in Variablen der psychologischen Fragebogen

26.2.1.1 Fragebogen zur Erfassung subjektiver Krankheitskonzepte und Behandlungsvorstellungen KKB

Konzentrieren wir uns zunächst auf diejenigen Krankheitskonzepte, in denen zum Kurende und zur Katamnese deutliche Veränderungen festzustellen waren, d.h. vor allem die eher eintretenden Meßwertverminderungen in den beiden Konzepten "Streß und Schonung" (KKB2) sowie "Körperleiden und Organmedizin" (KKB3), dann ergibt sich: Von den "einfachen" Prädiktoren her gesehen sind es die Altersgruppe (p $\leqslant$ .01) sowie das Geschlecht (p $\leqslant$ .05), die in bedeutsamer Weise zu den Veränderungen in KKB2 zum Kurende beitragen (R .24, R^2 .06, R^2adjust. .05). Auch in den Veränderungen zwischen T1 und T3 spielt das Geschlecht (p $\leqslant$ .01), neben der Unterscheidung nach Erstkurgängern und Kurwiederholern (p $\leqslant$ .01) eine bedeutsame Rolle (R .35, R^2 .12, R^2adjust. .10). Hiernach sind die Meßwertverminderungen bei Zugehörigkeit zur jüngeren Altersgruppe und zum weiblichen Geschlecht sowie zur Gruppe der Erstkurgänger größer.

Bei Heranziehung der die Ausgangswerte enthaltenden komplexen Prädiktoren entfällt sowohl beim T1-T2- als auch beim T1-T3-Vergleich nicht nur ein bedeutsamer Varianzanteil

auf den zugehörigen Ausgangssummenwert (aus den ersten drei KKB- und den ersten beiden EzK-Variablen) sondern wiederum auf Altersgruppe und Unterscheidung nach Erstkurgängern/Kurwiederholern (erster Vergleich: R .30, R^2 .09, R^2adjust. .07; zweiter Vergleich: R .54, R^2 .29, R^2adjust. .27).
Was die Veränderungen (Verminderungen) in der Variable KKB3 "Körperleiden und Organmedizin" betrifft, so unterscheiden sich - von den einfachen Prädiktoren her betrachtet - diejenigen für die Differenzen zwischen Kuranfang und Kurende von denen für die Differenzen zwischen Kuranfang und Katamnese. Im ersten Fall klären die Zahl bisheriger Kuraufenthalte (Erstkurgänger/Kurwiederholer), die Kinderzahl und das Belastungsrating (aus dem Psychologischen Interview) einen bedeutsamen Teil der Veränderungsvarianz auf, wobei die Verminderungen vor allem mit dem Status des Erstkurgängers, einer geringen bzw. fehlenden Kinderzahl sowie einer als höher eingeschätzten psychischen Belastung einhergehen. Im zweiten Fall kommt lediglich der Art der beruflichen Tätigkeit eine bedeutsame Prädiktorfunktion zu (r .17, R^2 .03, R^2adjust. .03) zu.
Unter Heranziehung der Ausgangswerte findet sich neben einem bedeutsamen Varianzanteil des zugehörigen Ausgangssummenwertes erneut ein solcher der Zahl der bisherigen Kuraufenthalte und der Kinderzahl (wie oben) sowie des Summenwertes zum 1. Belastungsfaktor des Interviews und zu dem Summenwert aus HG-Variablen und unlustbetonten SES-Variablen (R .47, R^2 .22, R^2adjust. .20). Neben diesen auf die Unterschiede zwischen T1 und T2 bezogenen Verhältnissen findet sich hinsichtlich der Unterschiede zwischen Kuranfang und Katamnese neben dem bedeutsamen Anteil des zugehörigen Ausgangssummenwertes ein solcher des Summenwertes aus den belastungsrelevanten Persönlichkeitsvariablen, wobei bei dem letztgenannten eher verminderte Ausprägungen zur abnehmenden Bevorzugung des auf Körperleiden und organmedizinische Behandlung bezogenen Krankheitskonzepts beitragen (R .39, R^2 .15, R^2adjust. .14).

26.2.1.2 Fragebogen Hypochondrie und Gesundheitsverhalten HG

Von den einfachen und komplexen Prädiktoren sind es die Zahl der bisherigen Kuraufenthalte, die Altersgruppe und die zusätzliche psychologische Behandlung, die jeweils einen bedeutsamen Anteil der Veränderungsvarianz zum Kurende in der Tendenz zur Risikovermeidung (HG2) aufklären (r .29 und .28, R^2 .08 und .08; R^2adjust. .07 und .06). Diese nimmt bei höherem Alter und Erstkurgängerstatus eher zu. Bezüglich der - ohnehin geringfügigen - katamnestischen Veränderungen kommt nur dem zugehörigen Ausgangssummenwert ein bedeutsamer Varianzanteil (R .19, R^2 .03, R^2adjust. .03) zu.

Die Beachtung von Krankheitsanzeichen (HG3) nimmt von den einfachen und komplexen Prädiktoren her gesehen) eher bei Zugehörigkeit zum männlichen Geschlecht zu (R .18 und .19, R^2 .03 und .04; R^2adjust. .03 und .03). Im Hinblick auf die Differenzen zwischen Kuranfang und Katamnese, die auch eher in Richtung weiterer Zunahme gehen, spielen abgeschlossene Berufsausbildung und (eher verheirateter) Familienstatus eine prädiktive Rolle (R .21 und .24, R^2 .04 und .06, R^2adjust. .03 und .05).

Was die Veränderung im "Mißtrauen gegenüber dem eigenen Körper" (HG4) betrifft, so geht seine Verminderung zum Kurende (bei einfachen und komplexen Prädiktoren) mit der Kinderzahl und der zusätzlichen psychologischen Behandlung einher (R .29 und .28, R^2 .08 und .08, R^2adjust. .07 und .06). Hinsichtlich der katamnestisch zu beobachtenden Veränderung (die nur innerhalb komplexer Prädiktoren statistisch bedeutsam auftritt) zeigt sich eine Abnahme des körperbezogenen Mißtrauens in Abhängigkeit von eher verminderten Ausprägungen in dem Summenwert zu berufsbezogener Unzufriedenheit und Belastung sowie zu erholungsbezogenen Kennwerten (R .25, R^2 .06, R^2adjust. .05).

26.2.1.3 Freiburger Persönlichkeits-Inventar FPI

Unter den einfachen Prädiktoren sind es Raucher- bzw. Nichtraucherstatus ($p < .01$) und die Berufsausbildung ($p < .05$), die bedeutsam zur Veränderung in der Aggressivitätsskala zum Kurende beitragen, wobei eine verminderte Ausprägung eher mit dem (zum Kuranfang ermittelten) Status des Rauchers und der eher fehlenden Berufsausbildung zusammenhängt (R .25, R^2 .06, R^2adjust. .05). Dasselbe ergibt sich auch unter Hinzuziehung der komplexen Prädiktoren (R .26, R^2 .06, R^2adjust. .06). Im Hinblick auf die T1-T3-Differenzen erbringt keiner der einfachen Prädiktoren einen signifikanten Varianzanteil, während sich unter Einschluß der komplexen Prädiktoren herausstellt, daß eine verminderte Aggressivität mit eher erhöhten Werten in den belastungs- und konfliktrelevanten Persönlichkeitsvariablen (Summenwert) zusammenhängt, gleichwohl auch mit eher erhöhten Ausprägungen im Summenwert zu den Wohlbefinden und Gelassenheit indizierenden SES-Variablen sowie zu den erholungsbezogenen Anamnese-Items und wiederum verringerten Werten im Summenwert zu den Krankheitskonzepten und Behandlungsvorstellungen (R .40, R^2 .16, R^2adjust. .14) einhergeht.

Eine eher verminderte Offenheit zum Kurende geht - innerhalb der einfachen Prädiktoren - einher mit zunehmenden Werten im Belastungsrating des Psychologischen Interviews (R.20, R^2 .04, R^2adjust. .03). Unter Einschluß der komplexen Prädiktoren findet sich dies in Abhängigkeit von eher zunehmenden Ausprägungen in den belastungs- und konfliktrelevanten Persönlichkeitsvariablen und von der Zugehörigkeit zum männlichen Geschlecht (R .29, R^2 .08, R^2adjust. .07). Im Hinblick auf die katamnestischen Veränderungen in der Offenheitsskala findet sich unter den einfachen Prädiktoren erneut das Belastungsrating, nun aber an 3. Stelle, nach der Hauptdiagnose und der Zahl der bisherigen Kuraufenthalte sowie vor der zusätzlichen psychologischen Behandlung (R .33, R^2 .11, R^2adjust. .08), wobei verminderte Offenheit besonders von der Zugehörigkeit zur Diagnose "Psychovegetatives Syndrom", dem Kurwiederholerstatus und der nicht

erhaltenen zusätzlichen psychologischen Behandlung abhängt. Ebenso ergibt sich bei Hinzunahme der komplexen Prädiktoren hinsichtlich der katamnestischen Veränderung jeweils ein bedeutsamer Anteil der eben genannten Prädiktoren, außerdem noch des Summenwertes aus belastungs- und konfliktrelevanten Persönlichkeitsvariablen und aus dem zu berufsbezogener Unzufriedenheit und Krankheitszeiten (R .30 , R^2 .10 , R^2adjust. .08).

Bezüglich der Veränderungen in der Introvertiertheits- bzw. Extravertiertheitsdimension findet sich zum Kurende innerhalb der einfachen Prädiktoren eine vermehrte Extravertiertheit eher bei Personen mit abgeschlossener Berufsausbildung (R .15, R^2 .02, R^2adjust. .02, $p < .05$) was sich, ausgehend von den komplexen Prädiktoren, erneut, und zwar neben eher erhöhten Werten in den belastungs- und konfliktrelevanten Persönlichkeitsvariablen sowie in der Introvertiertheits- und Intimbereichskala (Summenwerte), ergibt (R .26, R^2 .06, R^2adjust. .05). Im Hinblick auf die T1-T3-Differenzen tritt von den einfachen Prädiktoren die zusätzliche psychologische Behandlung als bedeutsamer Prädiktor für eher zunehmende Extravertiertheit hervor (R .24, R^2 .06, R^2adjust. .05), während bei der regressionsanalytischen Auswertung anhand der komplexen Prädiktoren das gleiche Ergebnis wie bezüglich der Kuranfang-Kurende-Differenzen (anhand komplexer Prädiktoren) eintritt, außer daß zusätzlich noch die erhaltene psychologische Behandlung einen extraversionsvermehrenden Einfluß ausübt (R .34, R^2 .11, R^2adjust. .09).

Bezüglich der Veränderungen in der Neurotizismusskala ergibt sich unter Anwendung der einfachen Prädiktoren eine jeweils bedeutsame Abhängigkeit der zum Kurende verminderten Werte von der Kinderzahl und dem Status des Rauchers, den (eher nicht vorgekommenen) Lebensereignissen sowie der (eher erhaltenen) zusätzlichen psychologischen Behandlung (R .33, R^2 .10, R^2adjust. .09). Bei Verwendung der komplexen Prädiktoren gilt dies ebenfalls, außerdem für die Kinderzahl und den Interviewbelastungsfaktor (R .25, R^2 .06, R^2adjust. .05). Im Hinblick auf die katamnestisch feststell-

baren Differenzen(T1-T3) findet sich unter den einfachen Prädiktoren ebenfalls die zusätzliche psychologische Behandlung, die, wenn sie durchgeführt wurde, ebenso wie die (eher höhere Berufstätigkeit) und die (eher fehlenden) life events im Kurnachhalbjahr zu einer Verminderung in den Ausprägungen der "Emotionalen Labilität" beitragen (R .31, R^2 .10, R^2 .08). Unter Zugrundelegung der komplexen Prädiktoren gilt dies erneut für die ersten beiden genannten Prädiktorvariablen, zusätzlich noch für eher erhöhte Ausprägungen im Summenwert der belastungs- und konfliktrelevanten Persönlichkeitsmerkmale sowie für - freilich eher umgekehrt - eher verminderte Ausprägungen in dem Summenwert zu den belastungsbezogenen Variablen BFB1, 2, 4 und KKB1 (R .36, R^2.13 , R^2adjust. .11).

26.2.1.4 Buchinger Persönlichkeitsinventar BPI

Von den einfachen Prädiktoren ist es eindeutig die zusätzliche psychologische Behandlung, die in den ersten 5 der 6 BPI-Skalen einen bedeutsamen Anteil der zum Kurende festzustellenden Veränderungsvarianz aufklärt (p jeweils $\leqslant$ .01). Im Falle der ersten 4 BPI-Skalen stellt sie hierbei den einzigen signifikanten Prädiktor dar, während sie in der Skala "Intimbereich" an dritter Stelle,nach der Altersgruppe und der Hauptdiagnose und vor der Zahl bisheriger Kuraufenthalte erscheint. Insgesamt betrachtet, läßt sich ableiten, daß sich die Patienten zum Ende des Heilverfahrens teilweise als weniger gehemmt, erregbar, nervös, deprimiert und sexuell konflikthaft beschreiben, wenn sie eine zusätzliche psychologische Behandlung erhalten haben. Bezüglich der sexuellen Konflikthaftigkeit gilt dies auch für die höhere Altersgruppe, die Hauptdiagnose "Psychovegetatives Syndrom" und die Erstkurgänger. Die aufgeklärte Varianz liegt zwischen 4 und 11 % bei einem R zwischen .21 und .33.

Werden die komplexen Prädiktoren, darunter auch die Ausgangssummenwerte in den BPI-Variablen, in die Regressionsrechnung einbezogen, dann findet sich die zusätzliche psy-

chologische Behandlung immer noch in den Skalen "Erregbarkeit", "Nervosität" (bzw. "Psychovegetative Labilität") und "Depressivität", als bedeutsamer Prädiktor ($p \leqslant .01$), und zwar jeweils an erster Stelle. Im einzelnen finden sich für die ersten 5 BPI-Skalen die folgenden bedeutsamen Prädiktoren; für: "Gehemmtheit": Summenwert aus den belastungsrelevanten Persönlichkeitsvariablen; Summenwert aus BFB1, BFB2, BFB4 und KKB4; Kinderzahl; Summenwert aus Puls und Cholesterin; bei R .35, R^2 12, R^2adjust. .10; "Erregbarkeit": zusätzliche psychologische Behandlung und Art der beruflichen Tätigkeit bei R .30, R^2 .09, R^2adjust. .08; "Nervosität": zusätzliche psychologische Behandlung und Summenwert aus systolischem und diastolischem Blutdruck bei R .33, R^2 .11, R^2adjust. .10; "Depressivität": zusätzliche Behandlund und Art der beruflichen Tätigkeit (bei letzterer $p \leqslant .05$, ansonsten $\leqslant .01$) bei R .25, R^2 .06, R^2adjust. .05; "Intimbereich": Summenwert aus Introvertiertheit, sexueller Konflikthaftigkeit und kindheitsbezogenen anamnestischen Kennwerten; Familienstand; Hauptdiagnose; bei R .41, R^2 .17, R^2adjust. .15. Im einzelnen zeigt sich dabei, daß die Veränderungen nicht nur von der Ausprägung der zugehörigen Summenwerte und der bereits genannten zusätzlichen psychologischen Behandlung, sondern auch dann eher zustande kommen, wenn die Patienten verheiratet sind, Kinder haben, der Hauptdiagnose des psychovegetativen Syndroms zugeordnet sind und eine berufliche Tätigkeit mit einem eher höheren Status ausüben. Auch für die medizinischen Variablen, die eine Prädiktorfunktion erreichen, gilt, daß die abnehmenden "gestörten" Ausprägungen in den genannten BPI-Skalen um so größer sind, je höher die Ausprägungen in den medizinischen Kennwerten waren. Eine Ausnahme ergibt sich allerdings für den Summenwert aus den belastungsrelevanten Persönlichkeitsvariablen, der ja einen der Prädiktoren für die Veränderungen in der Skala Gehemmtheit darstellt. Eine verminderte Gehemmtheit geht zwar mit zum Kuranfang erhöhten Ausprägungen u.a. in den ehe- und kinderbezogenen Belastungsskalen sowie der arbeitsbezogenen Belastungs- und Krankheitskonzept-Skala (Summenwert BFB1,2,4; KKB4), jedoch mit eher verminderten

Ausprägungen in den belastungsrelevanten Persönlichkeitsskalen einher.

26.2.1.5 Freiburger Beschwerdenliste FBL

Von den einfachen Prädiktoren her erweist sich die Zahl der bisherigen Kuraufenthalte (Dichotomisierung nach Erstkurgänger/Kurwiederholer) als einzige unabhängige Variable im Hinblick auf die Beschwerdenverminderungen zum Kurende. Hiernach gehen vermehrte Beschwerdenverminderungen eher mit dem Status des Kurwiederholers einher (R .18, R^2 .03, R^2adjust. .03). Dasselbe tritt auch anhand der komplexen Prädiktoren ein, wobei der Faktor der Kurwiederholung allerdings erst an vierter Stelle nach drei anderen Prädiktoren, nämlich den Ausgangssummenwerten zu Beschwerdenkennwerten (FBL, Anamnesebogen), zu Merkmalen des unlustbetonten Befindens- und Stimmungsgeschehens sowie nach der Berufsausbildung (R .52, R^2 .27, R^2adjust. .25). Hierbei geht die Verminderung eher mit zunehmenden Ausgangssummenwerten sowie mit abgeschlossener Berufsausbildung einher. Wie zum Kurende, so spielt auch zur Halbjahreskatamnese die Unterscheidung nach Erstkurgängern und Kurwiederholern eine bedeutsame Rolle als Prädiktor, allerdings nun in der umgekehrten Richtung, daß eine anhaltende Beschwerdenverminderung nun eher mit dem Status des Erstkurgängers einhergeht. Hinzu kommt - innerhalb der einfachen Prädiktoren - auch die zusätzliche psychologische Behandlung, die, wenn sie durchgeführt wurde, ebenfalls zur Beschwerdenverminderung beiträgt (R .26, R^2 .07, R^2adjust. .05). Beide Prädiktoren erreichen auch innerhalb der komplexen Prädiktoren einen jeweils statistisch bedeutsamen Anteil an der Kriteriumsvarianz, und zwar neben den zugehörigen Ausgangssummenwerten zu Beschwerden nach FBL und zu Kennwerten zur Schlafgüte nach Anamnese sowie zum Blutdruck (von dem aus eher eine Beschwerdenabnahme eintritt, wenn er eher vermindert ist; R .54, R^2 .28, R^2adjust. .26).

26.2.1.6 Adjektiv-Skalen zur Einschätzung der Stimmung SES

Hierzu ist zunächst festzustellen, daß mit Hilfe der einfachen Prädiktoren zum Kurende nur in den Skalen 4 "Gedrückte Stimmung", 6 "Müdigkeit" und 7 "Ausgeglichene Stimmung" bedeutsame Anteile der Veränderungsvarianz aufgeklärt werden können. Bei Zugrundelegung der komplexen Prädiktoren zeigt sich zum Kurende in der SES1-Variable "Gehobene Stimmung" eher eine Zunahme unter der Voraussetzung von eher verminderten Werten im Summenwert zu Puls- und Cholesterinwerten sowie dem Relativgewicht, außerdem beim Vorhandensein von ($\geq$ 1) Kindern (R .15, R^2 .06, R^2adjust. .04). Auch bezüglich der katamnestischen Veränderung in dieser Variable findet sich kein bedeutsamer unter den einfachen Prädiktoren. Von den komplexen Prädiktoren erweisen sich die folgenden als jeweils bedeutsam im Hinblick auf die zu T3 erneut verminderte gehobene Stimmung: die eher erhöhten Werte in dem zugehörigen Ausgangssummenwert und in dem Belastungsfaktor des Interviews sowie die wiederum eher verminderten Werte in der Summe aus Puls- und Cholesterinwerten (r .51, R^2 .26, R^2adjust. .24)

Die gereizte Stimmung (SES2) nimmt (komplexe Prädiktoren) zum Kurende bei Zugehörigkeit zum weiblichen Geschlecht und eher verminderten Werten in dem zugehörigen Ausgangssummenwert (R .46, R^2 .21, R^2adjust. .20) vermehrt zu. Bezüglich der eher vermehrt gereizten Stimmung zur Katamnese (im Vergleich zum Kurende) erweist sich unter den einfachen Prädiktoren das Vorkommen von Lebensereignissen als bedeutsam (R .28, R^2 .08, R^2adjust. .07), was sich auch - an 3. Stelle - im Rahmen der komplexen Prädiktoren zeigt, und zwar nach dem zugehörigen Ausgangssummenwert sowie den - eher verminderten - Ausprägungen in den anamnestischen Erholungskennwerten und vor dem (weiblichen) Geschlecht und den (eher erhöhten) Ausprägungen in den belastungs- und konfliktrelevanten Persönlichkeitsvariablen (R .64, R^2 .40, R^2adjust. .38).

Eine zu T2 eher vermehrte "Aktiviertheit" erweist sich insbesondere als abhängig von den anfänglich (eher erniedrigten) Ausprägungen des einschließenden Ausgangssummenwertes (SES1,3,7) (R .34, R^2 .11, R^2adjust. .10). Im Hinblick auf die eher wieder in Richtung verminderter "Aktiviertheit" gehende katamnestische Veränderung gilt dies für die (fehlende) Berufsausbildung (R .20, R^2 .04, R^2adjust. .03) im Rahmen der einfachen, hingegen für den beschwerdenbezogenen (eher verminderten) Summenwert (R .28, R^2 .08, R^2adjust. .07) im Rahmen der komplexen Prädiktoren.

Was die Veränderungen in der Skala "Gedrückte Stimmung" angeht, so geht die darin zum Kurende feststellbare Verminderung innerhalb der einfachen und komplexen Prädiktoren mit dem Berufsausbildungsabschluß und im letztgenannten Fall zusätzlich mit der eher erhöhten Summe aus den Kennwerten zum unlustbetonten Befinden (R .21, R^2 .04, R^2adjust. .04; R .57, R^2 .33, R^2adjust. .32) einher. Im Hinblick auf die Differenzbeträge zwischen T1 und T3 nimmt die gedrückte Stimmung mit dem Vorkommen von life events eher wieder zu (R .25, R^2 .06, R^2adjust. .05), was sich auch innerhalb der komplexen Prädiktoren in Verbindung mit eher geringeren einschließenden Ausgangssummenwerten, jedoch erhöhten Werten in den belastungs- und konfliktrelevanten Persönlichkeitsvariablen, ferner bei Zugehörigkeit zum weiblichen Geschlecht, wahrscheinlicher feststellen läßt (R .58, R^2 .38, R^2adjust. .30).

Was die subjektive"Müdigkeit" (SES6) anbelangt, so ist deren sich im T1-T2-Vergleich ergebende Verringerung vor allem von (vorgekommenen) Lebensereignissen vor der Kur, ferner von (abgeschlossener) Berufsausbildung und dem Vorhandensein von ($\geq$ 1) Kindern abhängig (R .29, R^2 .08, R^2adjust. .06), was innerhalb der komplexen Prädiktoren erneut für die Berufsausbildung und außerdem für die eher erhöhten Werte in dem einschließenden Summenwert gilt (R.43, R^2 .18, R^2adjust. .11). Eine erneute Zunahme in Richtung vermehrter Müdigkeit zu T3 ist eher mit dem (alleinstehenden) Familienstatus verbunden (R .23, R^2 .05, R^2adjust. .04; einfache Prädiktoren)

bzw., im Falle der komplexen Prädiktoren, mit eher erniedrigten Werten in dem einschließenden und dem beschwerdenbezogenen Summenwert, jedoch eher erhöhten Werten in dem Summenwert zu den BFB1,2,4 - sowie KKB4-Daten (R .52, R^2 .27, R^2adjust. .25).

Die zum Kurende vermehrt auftretende "Ausgeglichene Stimmung" geht innerhalb der einfachen Prädiktoren mit der Kinderzahl ($p \leqslant .01$) und der zusätzlichen psychologischen Behandlung ($p \leqslant .05$; R .22, R^2 .04, R^2adjust. .03) einher. Ihre erneute Verminderung zur Katamnese ist bei Zugehörigkeit zum männlichen Geschlecht ($p \leqslant .01$) und beim Vorkommen von life events ($p \leqslant .05$) wahrscheinlicher (R .26, R^2 .07, R^2adjust. .05), was innerhalb der komplexen Prädiktorenanordnung auch für die (gegebene) Berufsausbildung gilt (R .20, R^2 .04, R^2adjust. .03).

Die zum Kurende vermehrte "Trägheit" (SES5) ist von eher verminderten unlustbetonten SES-Werten,vom (alleinstehendem) Familienstatus und (erhöhtem) Relativgewicht abhängig (R .31, R^2 .10, R^2adjust. .09). Sie ist auch zur Katamnese vermehrt (einfache Prädiktoren) beim Vorkommen von lifeevents ($p \leqslant .01$) und bei der Zugehörigkeit zur Gruppe der Kurwiederholer ($p \leqslant .05$; R .25, R^2 .06, R^2adjust. .05), bzw. (komplexe Prädiktoren) in Abhängigkeit von life events und von eher verminderten Ausprägungen in den unlustbetonten SES-Variablen (R .33, R^2 .11, R^2adjust. .09) zu erwarten.

26.2.1.7 Fragebogen zur Erfassung subjektiver psychosozialer Belastungen im Zusammenhang mit Ehe, Familie und Beruf BFB

Von besonderem Interesse sind in diesem Fragebogen die Voraussagen auf Veränderungen zwischen T1 und T3, da die Veränderungen zum Kurende eher Einstellungs- und Bewertungsänderungen und weniger die Interaktion mit der Alltagserfahrung widergeben dürften, während die katamnestischen Veränderungen sowohl über mögliche neue Bewertungen als auch über veränderte Alltagserfahrung bzw. deren Verarbeitung Auskunft geben dürften.

In der ehebezogenen Belastungsvariable BFB1 zeigt sich im Rahmen der einfachen und komplexen Prädiktoren (R .29 und .23, R^2 .08 und .05, R^2 adjust. .06 und .05), daß ein relativ geringer, jedoch statistisch bedeutsamer Teil der katamnestisch feststellbaren durchschnittlich eher zunehmenden Veränderung durch das Vorkommen von Lebensereignissen, im Falle der komplexen Prädiktoren zusätzlich noch durch einen eher verminderten Wert in der Ausgangssummenvariable, aufgeklärt wird.

Im Hinblick auf die katamnestische Veränderung in der arbeitsbezogenen subjektiven Beanspruchung und Überforderung (BFB2) zeigt sich, daß die drei Prädiktoren der Kinderzahl, der Zahl der bisherigen Kuraufenthalte und der life events im Rahmen der einfachen, und der zweitgenannte Prädiktor sowie der zugehörige Ausgangssummenwert im Falle der komplexen Prädiktoren jeweils mit bedeutsamen Varianzanteilen hervortreten (R .33 und .46, R^2 .11 und .20, R^2adjust. .09 und .20). Dabei gehen mit einer eher verringerten arbeitsbezogenen Überforderung eher erhöhte Ausgangswerte, das Vorhandensein von Kindern, der Status des Erstkurgängers und vorkommende Lebensereignisse einher. Während sich hinsichtlich der Veränderung in der berufsbezogenen Unzufriedenheit (BFB3) keiner der einfachen Prädiktoren als signifikant erweist, ergeben sich unter Hinzunahme der komplexen Prädiktoren jeweils bedeutsame Anteile des Belastungsfaktors (des Psychologischen Interviews), des zugehörigen Ausgangssummenwertes, der life events und der Zahl der bisherigen Kuraufenthalte (R .60, R^2 .35, R^2adjust. .34). Die Unzufriedenheit nimmt hiernach in der Halbjahreskatamnese eher ab, wenn neben den erhöhten Ausgangswerten eher verminderte Belastungsausprägungen im Interview zum Ausdruck kamen und die Patienten den Status des Erstkurgängers hatten. Bemerkenswert erscheinen noch die (nur im Rahmen der komplexen Anordnung) in bezug auf die Veränderung in der kinderbezogenen Belastung auftretenden Prädiktoren. Mit einer eher zunehmenden Belastung zur Halbjahreskatamnese gehen neben dem eher verminderten Ausgangssummenwert eher erhöhte Aus-

prägungen im Summenwert aus Introvertiertheit, sexueller Konflikthaftigkeit und eher nicht vollständig familiären eigenen Kindheitsbedingungen einher (R .28, R^2 .08, R^2adjust. .06).

26.2.2 Multiple Regressionen im Hinblick auf Differenzen bzw. Veränderungen in medizinischen Variablen

Wir konzentrieren uns hier auf die Differenzbeträge in denjenigen Variablen, in denen von möglichst der gesamten LVA-Kurpatienten-Stichprobe Wiederholungsmessungen vorliegen oder/und in denen auch die Ausgangswerte in die Regressionsrechnung eingingen. Was zunächst das Körpergewicht betrifft, so fällt seine Verminderung zum Kurende - im Rahmen der einfachen Prädiktoren - besonders in Abhängigkeit vom (eher verheirateten) Familienstatus und von der Hauptdiagnose (und zwar der Zugehörigkeit zu eher anderen Hauptdiagnosen als der des "Psychovegetativen Syndroms") auf (R .36, R^2.12, R^2adjust. .11). Unter Zugrundelegung komplexer Prädiktoren steht die Verminderung in jeweils bedeutsamer Abhängigkeit von (eher abgeschlossener Berufsausbildung und (eher erhöhtem) Relativgewicht (R .66, R^2 .43, R^2adjust. .42). Die gleichen einfachen Prädiktoren wie bezüglich der Veränderungen zum Kurende finden sich auch hinsichtlich der katamnestischen Gewichtsveränderung (eher Verminderung; R .35, R^2 .12, R^2adjust. .11). Unter Hinzuziehung der komplexeren Prädiktoren ist es neben dem erneut vorkommenden Relativgewicht der Summenwert zu Bierkonsum sowie Harnsäure, Erythrocyten und Hämoglobin, von dem (im eher verminderten Ausmaß)die Gewichtsabnahme abhängt (R .39, R^2 .15, R^2adjust. .14).

Bezüglich der zum Kurende eintretenden Veränderungen im Blutdruck zeigt sich: Die Abnahme des systolischen Blutdrucks ist bedeutsam nur mit komplexen Prädiktoren, und zwar mit eher höheren Ausprägungen des betreffenden Ausgangssummenwertes verbunden (R .55, R^2 .30, R^2adjust. .30). Für die Abnahme im diastolischen Blutdruck finden sich aus den einfachen Prädiktoren: das (männliche) Geschlecht, die (eher

nicht vorkommenden) Lebensereignisse, der (eher verheiratete) Familienstatus und der Raucherstatus (alle $p < .01$, außer beim letztgenannten Prädiktor $< .05$) (R.38, R^2 .15, R^2adjust. .12). Innerhalb der komplexen Prädiktoren sind es neben dem Ausgangssummenwert wiederum das (männliche) Geschlecht sowie die beiden Summenwerte zu den belastungs- und konfliktrelevanten Persönlichkeitsvariablen und zu den Wohlbefinden und Gelassenheit indizierenden Variablen, von denen die diastolische Blutdruckverminderung abhängt (R .62, R^2 .39, R^2adjust. .37).

Bezüglich der zum Kurende durchschnittlich eher verminderten Pulsfrequenz finden sich nur in der komplexen Anordnung bedeutsame Prädiktoren,und zwar der (eher alleinstehende) Familienstand (R .20, R^2 .04, R^2adjust. .03). Im Hinblick auf die eher abnehmenden Cholesterinwerte in der Labornachprüfung (allerdings nur auf N=67 Patienten mit zunächst erhöhten Werten beschränkt) sind es, aus den einfachen Prädiktoren, die eher erhöhten Ausprägungen im Belastungsrating des Psychologischen Interviews (R .25, R^2 .06, R^2adjust. .05), und aus den komplexen Prädiktoren der zugehörige Ausgangssummenwert sowie derjenige aus den Belastungsvariablen der BFB- und der KKB4-Variablen, die jeweils bedeutsam zur Veränderungsvarianz beitragen (R .49, R^2 .24, R^2adjust. .22).

26.2.3 Multiple Regressionen im Hinblick auf die Differenzen bzw. Veränderungen in anamnestisch-katamnestischen Variablen

Von besonderem Interesse sind hierbei zunächst einmal die Prädiktoren im Hinblick auf die zwischen T1 und T3 auftretenden intraindividuellen Differenzen in den krankheitsbedingten Fehlzeiten (wobei in diesem Zusammenhang der unterschiedliche Vergleichszeitraum weniger von Bedeutung ist). Es stellt sich heraus, daß im Hinblick auf die Verminderung der Krankheitshäufigkeit nur aus der komplexen Anordnung einzelne Prädiktoren eine signifikante Bedeutung haben. Hiernach hängen die durchschnittlich abnehmenden Häufigkeiten nicht nur von den eher erhöhten Ausprägungen des zugehörigen Aus-

gangssummenwertes, sondern auch von den jeweils eher erhöhten Ausgangssummenwerten zu Wohlbefinden und Gelassenheit sowie zu erholungsbezogenen Kennwerten ab (R .46, R^2 .21, R^2 adjust. .19). Hinsichtlich der durchschnittlich eher eintretenden Verminderung in der Dauer der krankheitsbedingten Fehlzeiten sind es aus den einfachen Prädiktoren die (eher höhere) Altersgruppe ($p \leqslant .01$) und die Art der Berufstätigkeit sowie der Raucherstatus ($p \leqslant .05$), die einen jeweils bedeutsamen Varianzanteil aufklären. Von den komplexen Prädiktoren aus gesehen tragen der (eher erhöhte) zugehörige Ausgangssummenwert, weiterhin die (jeweils eher verminderten) Ausprägungen des Belastungsfaktors des Interviews und des Summenwertes aus den belastungs- und konfliktrelevanten Persönlichkeitsmerkmalen sowie wiederum das Alter zu der Verminderung bei (R .61, R^2 .37, R^2adjust. .35).+

Was den Konsum an alkoholischen Getränken betrifft, in dem ja vor allem hinsichtlich des Bierkonsums bedeutsame Verminderungen eingetreten sind, so gehen diese mit den (eher erhöhten) Ausprägungen des zugehörigen Ausgangssummenwertes und dem Geschlecht einher (R .52, R^2 .27, R^2adjust. .26). Bezüglich des Konsums an Medikamenten ergibt sich u.a., daß die zur Katamnese durchschnittlich verringerte Einnahme von Schlaftabletten - von den einfachen Prädiktoren her gesehen - mit den (eher erhöhten) Ausprägungen des Belastungsratings, der (fehlenden oder geringeren) Kinderzahl und der (abgeschlossenen) Berufsausbildung (R .31, R^2 .10, R^2adjust. .08), bzw. - von den komplexen Prädiktoren her gesehen - mit dem zugehörigen (eher erhöhten) Ausgangssummenwert, der (eher höheren) Berufstätigkeit und dem (eher höheren) Alter zusammenhängt (R .41, R^2 .17, R^2adjust. .15).

Bezüglich der durchschnittlich leicht zunehmenden Zahl der täglich erholungsgenutzten Stunden finden sich innerhalb der einfachen Prädiktoren die (eher fehlende bzw. niedrige) Kinderzahl und die (eher gegebene) Schichtarbeit (R .20, R^2 .04, R^2adjust. .03), während von den komplexen Faktoren

+Der inkrementelle R^2-change-Wert des (ersten) Interviewfaktors allein liegt bei 13% (vgl.Tab. 57)

nur der (eher verminderte) zugehörige erholungsbezogene Ausgangssummenwert eine bedeutsame Rolle einnimmt (R .23, R^2 .05, R^2adjust. .04).

26.3 Multiple Regressionen anhand der zu einem früheren Untersuchungstermin gegebenen Ausprägungen in ausgewählten Einzelvariablen (Prädiktoren) auf die zu einem späteren Untersuchungstermin gegebenen Ausprägungen in subjektiven und eher "objektiven" kurerfolgsrelevanten Variablen (Kriterien)

Aus dem in den Vorbemerkungen genannten zweiten regressionsanalytischen Auswertungsgang, in dem eine größere Zahl von zu einem vorausgehenden Erhebungstermin (vor allem Kuranfang, teilweise auch Kurende) ermittelten Variablen mit den an einem späteren Erhebungstermin gegebenen Variablenausprägungen (Kurende oder Katamnese) in Beziehung gesetzt wurde (vgl. Tab. 57), sollen (aus den dort genannten Gründen) nur einzelne, und zwar folgende Befunde beschrieben werden: Erstens interessieren die zu identifizierenden Prädiktoren in der Regression auf bestimmte Variablen der subjektiven Kurerfolgsbeurteilung sowie bestimmter eher "objektiver" Kurerfolgsvariablen, wobei die "Vorhersagekapazität" der kurbezogenen Einstellungen und Erwartungen (EzK) von besonderem Interesse ist. Bei den angedeuteten "subjektiven" Erfolgskriterien handelt es sich um die Variablen aus dem Fragebogen BdK und die Kennwerte zur katamnestischen Kurbeurteilung, außerdem etwa auch die katamnestische subjektive Beurteilung des Gesundheitszustandes u.a. Die angesprochenen "objektiven" Kurerfolgskriterien können in den krankheitsbedingten Fehlzeiten, weiterhin in den Klinikaufenthalten und Arztkonsultationen sowie in den gesundheitsförderlichen Verhaltensweisen u.a. gesehen werden (selbstverständlich auch im Körpergewicht u.ä., wozu allerdings schon regressionsanalytische Ergebnisse im Hinblick auf die Differenzwerte dargestellt wurden).

Bei den eben genannten subjektiven und objektiven kurerfolgsrelevanten Kennwerten handelt es sich hauptsächlich um sol-

che, in denen mangels der in der betreffenden Form durchgeführten Wiederholungsmessungen keine direkten intraindividuellen Vergleiche, somit auch keine Kontrolloperationen hinsichtlich der Ausgangswerte (an T1) möglich sind. Eine derartige Kontrolle ist bei den krankheitsbedingten Fehlzeiten allerdings insoweit möglich, als die an T1 und T3 zugrundeliegenden unterschiedlichen Vergleichszeiträume, im Falle der Dauer der Krankheit auch die mangelnde Korrelation zwischen den Terminen, in Kauf genommen werden. Zweitens gehen wir in den folgenden Darlegungen auf diejenigen Kriterien ein, zu deren Varianzaufklärung entweder der aus der Sicht der Gruppenärzte und der Gruppenbetreuerinnen oder aus der subjektiven Sicht der Patienten eingeschätzte Kurerfolg in bedeutsamer Weise beiträgt.

Nun zunächst zu den vom Kuranfang her ermittelten Prädiktoren für die Varianz der Variablen des BdK-Fragebogens und der Variable der katamnestischen Kurbeurteilung (Summenwert aus ersten 3 Items des Katamnestischen Erhebungsbogens). Es zeigt sich, daß die anhand von BdK1 definierte globale Kurerfolgseinschätzung durch die Patienten um so positiver ausfällt, je geringere Ausprägungen zum Kuranfang im "Mißtrauen gegenüber dem eigenen Körper" (HG4), dem Krankheitskonzept "Stress und Schonung" (KKB2) und der berufsbezogenen Unzufriedenheit (BFB3) und um so höhere Ausprägungen in der auf Alltagsentlastung und zwischenmenschlichen Kontakt bezogenen Kurerwartung (EzK2) gegeben sind (R .49, R^2 .23, R^2adjust. .21). Im Gegensatz dazu, daß in dieser BdK1-Variable etwa 1/5 der Varianz aufgeklärt werden kann, wird in den folgenden beiden BdK-Variablen nur ein Anteil von knapp 10% aufgeklärt. Die in BdK2 enthaltene "Zufriedenheit mit der medizinischen Untersuchung und Behandlung" ist bei eher verringerten Depressivitätswerten (BPI4) und Offenheitsausprägungen (FPI9) sowie der Beurteilung der eigenen Lebensführung als eher nicht gesund größer (R .33, R^2 .11, R^2adjust. .09). Die durch BdK3 angezeigte Zufriedenheit mit den erholungs- und kommunikationsfördernden Bedingungen hängt von jeweils eher erhöhten Ausprägungen in EzK 2 (Erw.Entl.v. allt.Anf., Ausspr...) und EzK3 (Erw.natürl. Heilm.,Erf.-Zuv.)

sowie eher verminderten Werten im Krankheitskonzept (KKB3) "Körperleiden und Organmedizin" ab (R .31, R^2 .15, R^2 adjust. .13). Von KKB3 aus gesehen gilt dasselbe, allerdings an 4. Stelle, und zwar nach der ehebezogenen Belastung (BFB1), der EzK2-Variable und der (eher verringerten) HG2-Variable (Risikovermeid.), wenn eine T1-Voraussage auf die anhand von BdK4 definierte "positive Bewertung psychologischer Kurmaßnahmen" (R .39, R^2 .15, R^2adjust. .13) vorgenommen wird. Was die katamnestische Kurbeurteilung betrifft, so bildet lediglich das Geschlecht, wenn von den zum Kuranfang erhobenen Prädiktoren ausgegangen wird, einen bedeutsamen Prädiktor, wobei sich die bekannte positive Beurteilung durch die männlichen eher als durch die weiblichen Patienten zeigt.

Weiter zu katamnestischen Kriterien, und zwar ebenfalls von den zum Kuranfang gegebenen Prädiktorausprägungen her: Im Hinblick auf die subjektive Beurteilung des eigenen Gesundheitszustandes stellt sich heraus, daß sie positiver ausfällt in Abhängigkeit von den T1-Prädiktoren Raucherstatus (eher Raucher zu Kuranfang; vgl. Diskussion in Verbindung mit querschnittorientierten Zusammenhangsanalysen pro Erhebungstermin), Stunden täglicher Erholung und - eher verminderter - in BFB3 erfaßter berufsbezogener Unzufriedenheit (R .48, R^2 .23, R^2 adjust. .20).

Gehen wir über zu der katamnestisch ermittelten Übernahme der auf der Kur erlernten bzw. empfohlenen gesundheitsförderlichen Verhaltensweisen und beschränken uns auf deren Häufigkeitsangaben, so zeigt sich: Die Häufigkeit der morgendlichen Gymnastik wird besonders durch die Zahl bisheriger Kuraufenthalte, und zwar vermehrt durch den Erstkurgängerstatus sowie die Werte im Krankheitskonzept "Stress und Schonung" und(in ehervermindertер Ausprägung) in der kinderbezogenen Belastung (BFB4) aufgeklärt (R .37, R^2 .11, R^2 adjust. .11). Die Häufigkeit des Schwimmens hängt von der (eher in die verminderte Richtung gehenden) Ausprägung der auf Alltagsentlastung und Kontakt bezogenen EzK2-Variable ab (R .18, R^2 .03).

Jeweils ein bedeutsamer Prädiktor findet sich für die folgenden weiteren gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen: für das Hautbürsten die Dauer der Krankmeldungen (R .22, R^2 .05, R^2adjust. .05), für die Entspannungsübungen das Alter (R .22, R^2 .05, R^2adjust. .04), für die empfohlene Ernährungsweise (hier keine Häufigkeitsangabe sondern Einschätzung anhand einer LIKERT-Skala) der Bierkonsum (R .20, R^2 .04, R^2adjust. .03, bei negativem Gewicht). Die Stunden der wöchentlichen körperlichen Betätigung hängen von der EzK3-Variable (Erw. natürl.Heilm.Erf.-Zuv.), dem Belastungsrating des Psychologischen Interviews und dem (eher negativen) Beitrag des psychosozial-psychotherapeutischen Krankheitskonzepts KKB1 ab (R .40, R^2 .16, R^2adjust. .14). Mit Einschränkungen (wegen der sehr schiefen und außerdem nur in dichotomer Verteilungsform gegebenen Verteilung) soll noch auf das im Vergleich zu T1 angegebene Aufnehmen des Rauchens und das Beenden desselben hingewiesen werden. Die Nicht-Aufnahme des Rauchens hängt besonders vom vorhandenen Nicht-mehr- bzw. Nicht-Raucher-Status, dem Alter und der (eher geringen) Dauer der Krankmeldungen ab, während die Beendigung des Rauchens mit (eher höherem) Berufsstatus und (eher erniedrigtem) Bierkonsum einhergeht (R .52, R^2 .26, R^2adjust. . 20).

Was die Häufigkeit der krankheitsbedingten Fehlzeiten betrifft, so zeigt sich, wie oben, eine Abhängigkeit vom zum Kurbeginn festzustellenden Ausgangswert (nun nicht als Summenwert sondern als Einzelprädiktor), außerdem von der Zahl bisheriger Kuraufenthalte (also bei größerer Häufigkeit eher Kurwiederholer), der (eher verminderten) Risikovermeidung (HG2) und dem Relativgewicht (R .47, R^2 .22, R^2adjust. .19). Dagegen erweist sich lediglich die berufsbezogene Unzufriedenheit (BFB3) als bedeutsamer Prädiktor im Hinblick auf die Dauer der Krankheitszeiten (R .19, R^2 .04, R^2adjust. .03).

Bezüglich der Häufigkeit der im Nachkurzeitraum eintretenden Krankenhausaufenthalte erweisen sich die (eher nicht erhaltene) zusätzliche psychologische Behandlung (auch bei Regression von Werten zum Termin 2 aus), die arbeitsbezoge-

ne Krankheitskonzeption (KKB4) und das körperbezogene Mißtrauen als bedeutsame Prädiktoren (R .41, R^2 .17, R^2adjust. .14). Noch ein Blick auf die Zahl der Hausarzt- und der Facharztbesuche: Die Häufigkeit der erstgenannten hängt mit den Beschwerden (FBL), der (eher höheren) Berufstätigkeit, der (eher verringerten) emotionalen Labilität (FPIN), der Beachtung von Krankheitsanzeichen und der Einnahme von Abführtabletten (R .56, R^2 .31, R^2adjust. .28) zusammen. Die zweitgenannte geht mit dem Geschlecht (häufiger bei Frauen), der (eher höheren) Berufstätigkeit (p jeweils $\leqslant$ .01), den verminderten Neurotizismuswerten (FPI; p .05), jedoch erhöhten Nervositätswerten (BPI3; p $\leqslant$ .05) einher (R .44, R^2 .19, R^2adjust. .16).

Zum Schluß noch zu den Regressionen auf kurerfolgsrelevante Merkmale anhand der Kurerfolgsbeurteilung durch die Patienten und die Angehörigen des medizinisch-therapeutischen Personals. Wie bereits weiter oben ausgeführt, werden zusammen mit der zum Kuranfang her gegebenen Ausprägung anamnestischer Kennwerte auch die Ausprägungen in psychologischen und medizinischen Variablen, wie sie zum Kurende gegeben waren, als Prädiktoren verwendet. Eine dementsprechende Verwendung als Prädiktoren erfolgte auch für die BdK-Variablen, in einer weiteren Version zusätzlich für die Variablen des Arzt- und Betreuerin-Ratings. Wir gehen nun nur auf an T3 ermittelten Kriterienvariablen ein, zu deren Aufklärung die BdK- und/ oder die Arzt- und Betreuerin-Rating-Variablen bedeutsam beitragen. Zunächst zeigt sich, daß es vor allem die erste Variable des Gruppenarztratings (Pos.Kurerf.,günst.Prog.Arzt) ist, die zur Varianzaufklärung in einigen kurerfolgsrelevanten Merkmalen, wie sie zur Katamnese erhoben wurden, beiträgt, so, neben BFB3 und HG2 und HG3, zur Häufigkeit des Wanderns (R .52, R^2 .28, R^2adjust. .24), des Schwimmens, und zwar neben dem globalen subjektiven Kurerfolg aus der Sicht der Patienten (BdK1) und der mit dem FPI erfaßten Extravertiertheit (R .66, R^2 .43, R^2adjust. .41); auch zur Nichtaufnahme des Rauchens - nach Risikovermeidung und Nichtraucherstatus - (R .44, R^2 .19, R^2adjust. .15) sowie - negativ - zur Zahl der Facharztkonsultationen (nach BdK1 und

Berufstätigkeit, vor FBL und BPI4 (R .54, R^2 .25, R^2adjust. .25). Die zweite Arztratingvariable, die sich auf psychovegetative Gestörtheit bezieht, trägt - nach Ausgangswert, Bierkonsum (negativ) und Zahl bisheriger Kuraufenthalte sowie vor der Häufigkeit der Krankmeldungen - zur Voraussage der Einnahme von Abführmitteln bei (R .55, R .30, R .26).

Dagegen erreicht das Betreuerinrating keine bedeutsame Voraussageleistung. Um die Voraussageleistungen anhand der BdK-Variablen nach den schon angedeuteten Ergebnissen noch weiter darzustellen, gehen wir in der Regressionsrechnung wieder von den Kurendwerten (zusätzlich der zum Kuranfang ermittelten anamnestischen Kennwerte), und zwar nun ohne Einschluß der Arzt- und Betreuerin-Rating-Variablen, aus. Es ist zunächst die katamnestische Kurbeurteilung, die besonders in Abhängigkeit von der bereits zu T2 gegebenen subjektiven globalen Kurerfolgsbeurteilung (BdK1), auch von der Zahl bisheriger Klinikaufenthalte, steht (R .52, R^2 .27, R^2adjust. .26). Sie (BdK1) trägt u.a. - wie gezeigt - auch zur Häufigkeit des Schwimmens und zur Beurteilung des subjektiven Gesundheitszustandes bei, ebenso - mit negativem Gewicht - zur Zahl der Hausarztbesuche, neben der Zahl bisheriger Kuraufenthalte (R .37, R^2 .17, R^2adjust. .14). Auf den Anteil von BdK1 hinsichtlich der Facharztkonsultationen haben wir bereits verwiesen. Aus dem BdK gehört noch die vierte Variable, die sich auf die positive Bewertung psychologischer Kurmaßnahmen bezieht, nach Geschlecht und T2-Relativgewicht sowie vor kinderbezogener Belastung (BFB4) und (verminderter) Krankheitszeichenbeachtung (HG3), zu den bedeutsamen Einzelprädiktoren bezüglich des katamnestisch festzustellenden Körpergewichts (R .78, R^2 .58, R^2adjust. .58; bei negativem Zusammenhang mit BdK4).

26.4 Diskussion

Wir haben bereits in den Vorbemerkungen auf die Möglichkeiten und vor allem Grenzen der an die multiple Regressionsrechnung gebundenen Aussagen aufmerksam gemacht. Dies bedeutet, daß die referierten Befunde in erheblichem Ausmaß einen hypothetischen Charakter haben und u.a. verschiedener Replikationsbemühungen bedürfen. Unter dieser Einschränkung sollen die Befunde auch diskutiert werden, wobei wir, teilweise weiter oben genannte -durchaus sehr subjektiv-selektive - Gesichtspunkte zugrundelegen.

Ein wichtiger Gesichtspunkt betrifft die Vorhersagemöglichkeiten aufgrund der zusätzlichen psychologischen Behandlung, insbesondere wenn die Ausgangswerte der Variablen, in denen Veränderungen stattfinden, kontrolliert werden. Damit hängt auch die Frage zusammen, inwieweit bestimmte der in den vorhergehenden Auswertungsgängen verwendeten unabhängigen Variablen, so z.B. die Unterscheidung nach Männern und Frauen, Erstkurgängern und Kurwiederholern, Patienten mit und ohne Berufsausbildung u.a., ebenso neue Einteilungen, z.B. nach dem Raucherstatus, nun, im regressionsanalytischen Kontext, hervortreten. Ein weiterer Gesichtspunkt betrifft (nochmals) die Frage, inwieweit anhand psychologischer Variablen die Veränderungen bzw. Ausprägungen in medizinischen und "objektiven" kurerfolgsrelevanten Merkmalen vorausgesagt werden können, wobei die "prädiktive" Bedeutung etwa von kurbezogenen Einstellungen und Bewertungen, von Informationen, die anhand des Psychologischen Interviews gewonnen wurden, wie auch von (anderen) belastungsrelevanten Variablen, von besonderem Interesse ist. Eng damit hängt ein dritter Gesichtspunkt zusammen, der sich (umgekehrt) auf die prädiktive Bedeutung medizinischer Variablen im Hinblick auf psychologische Kennwerte bezieht.

Was nun die Bedeutung der zusätzlichen psychologischen Behandlung anbetrifft, so bestätigen die regressionsanalytisch gewonnenen Befunde zunächst einmal die Ergebnisse aus anderen Auswertungsgängen. Zusätzlich kommt nun dazu, daß

die charakteristischen, positiv zu interpretierenden Veränderungen in störungs- und konfliktrelevanten Persönlichkeits- sowie in den Beschwerdevariablen, wie sie in Abhängigkeit von einer zusätzlichen psychologischen Behandlung bereits im Zuge der deskriptiven intraindividuellen Vergleiche kurz- und längerfristig festzustellen waren, auch bei Einbeziehung der Ausgangswerte weitgehend erhalten bleiben. Indirekt wird die Bedeutung der psychologischen Behandlung auch bezüglich der Gewichtsveränderungen insoweit wieder deutlich, als die auf psychologische Kurmaßnahmen bezogene BdK4-Variable einen der signifikanten Prädiktoren der katamnestisch festzustellenden Gewichtsveränderungen darstellt. Über die bisherigen Befunde hinaus ist die erhöhte Wahrscheinlichkeit der in der Nachkurzeit eintretenden Klinikaufenthalte unter der Voraussetzung, daß keine zusätzliche psychologische Behandlung stattfand, bemerkenswert. Allerdings ist auch dieser Befund sehr hypothetisch, da u.a. der Faktor der Art der Krankheit nicht kontrolliert wurde.

Die in den bereits oben dargestellten Auswertungen einbezogenen unabhängigen Variablen wie Geschlecht usw. finden sich teilweise in der dort sichtbar werdenden Bedeutung. Der Einfluß von Geschlecht und Alter tritt im Hinblick auf das Ausmaß und die Richtung der Veränderungen zurück. Deutlicher treten hierbei allerdings z.B. die Kennwerte der Berufsausbildung und der Kurwiederholung hervor. In einigen Variablen, so z.B. aus dem BPI und der SES, und zwar zum Kurende, außerdem im Schlaftablettenkonsum und in der Beendigung des Rauchens, sowie den Krankheitszeiten, finden sich die als Zeichen eines positiven Kurerfolgs interpretierbaren Veränderungen vermehrt bei Patienten mit abgeschlossener Berufsausbildung, bzw. höherem beruflichen Status (Tätigkeit). So deutet sich an, daß die beruflich weniger gut gestellten Personen nicht nur in einigen psychisch störungsrelevanten Merkmalen ebenfalls bedrückter und belasteter erscheinen, sondern auch nicht ganz den gleichen Nutzen aus einem Heilverfahren zu ziehen scheinen wie die beruflich besser gestellten Personen .

Was die Ergebnisse aufgrund der Einteilung nach Erstkurgängern und Kurwiederholern im regressionsanalytischen Zusammenhang betrifft, so erwecken zunächst diejenigen zu den KKB2- und KKB3-Veränderungen den Eindruck, daß die Kurwiederholer bereits stabilere Anschauungen bezüglich stress- und organmedizinischen Konzepten als die Erstkurgänger haben. Nur bei den letzteren zeigen sich ja die bedeutsamen Veränderungen (Verminderungen). Erneut und noch schärfer erscheint sodann der Befund, daß zumindest in einigen kurerfolgsrelevanten Variablen, so in den subjektiven Beschwerden, auch - wie sich in der einzelvariablenbezogenen Regression zeigt - in der Häufigkeit der Krankmeldungen, die längerfristigen (katamnestisch feststellbaren) Effekte bei Kurwiederholern weniger günstig als bei Erstkurgängern ausfallen. Dasselbe deutet sich hinsichtlich der Veränderungen in der berufsbezogenen Überforderung und Unzufriedenheit (BFB2) an. Möglicherweise ist mit dem Status des Kurwiederholers eine vermehrte Motivation, sich zu schonen, oder eine verminderte psychophysische Belastungsfähigkeit verbunden, wofür die eben genannten Befunde, auch die katamnestisch bei Kurwiederholern vermehrte "Trägheit", sprechen dürften. Andererseits könnten sich auch Anzeichen für konflikthafte Situationen andeuten, die (auch) mit Hilfe der stationären Heilmaßnahme nicht hinreichend effektiv bewältigt werden können, nachdem sie vielleicht von den betreffenden Patienten auch weniger "präsentiert" werden. In diese Richtung sprechen die vermehrten Krankmeldungshäufigkeiten bei gleichzeitig abnehmender Offenheit (FPI) bei den Wiederholern. Daß hier allgemein eine psychische bzw. psychosoziale Problematik möglicherweise bedeutender als eine medizinisch objektivierbare Beeinträchtigung ist (z.B. ORENDI 1978), wurde bereits im Zuge der interindividuellen Unterschiedsanalysen dadurch nahegelegt, daß die Kurwiederholer in objektiven Kennwerten eher weniger auffällig erschienen als die Erstkurgänger. Diese Folgerung muß aber einstweilen hypothetisch bleiben, solange die beiden Gruppen anhand von einzeldiagnosespezifischen Differenzierungen (nicht nur anhand der Zugehörigkeit zur Diagnose Psychovegetatives Syndrom oder zu anderweitigen

Diagnosen - wobei sie sich nicht bedeutsam unterschieden -) näher untersucht sind.

Ein Hinweis noch auf die Bedeutung der Lebensereignisse, welche im vorliegenden veränderungsbezogenen Kontext eher zu belastend-beunruhigenden Effekten zu führen scheinen. So sind etwa die Veränderungen in Richtung eines zum Kurende und zur Katamnese verminderten Neurotizismus wahrscheinlicher, ebenso die katamnestisch feststellbaren Veränderungen in Richtung zunehmender ehebezogener Belastung (BFB1), teilweise auch berufsbezogener Unzufriedenheit (BFB3), sowie in Richtung vermehrter Gereiztheit und Unausgeglichenheit (SES2, 7) eher zu finden, wenn life events vorkommen bzw. vorkamen. Inhaltlich entspricht dies den Lebensereignissen, die im Katamnesezeitraum hauptsächlich im partner- und familienbezogenen sowie im beruflichen Bereich festzustellen sind. Eine Ausnahme von der eher be- als entlastenden Wirkweise der (wohlgemerkt von den Befragten angegebenen) life events bildet die berufsbezogene Beanspruchung: sie vermindert sich beim Vorkommen von Lebensereignissen eher. Indirekt scheinen Lebensereignisse auch auf die Dauer der krankheitsbedingten Fehlzeiten, bzw. eine erneute katamnestisch feststellbare Zunahme Einfluß zu nehmen, wenn in Rechnung gestellt wird, daß der Interviewfaktor der Belastung (in den u.a. auch die life event - bezogenen Werte eingehen) in diesem Sinne eine bedeutende Prädiktorenrolle einnimmt. Wenngleich wir nicht übersehen dürfen, daß Verarbeitungs- und Bewältigungsweisen, die wiederum nicht unabhängig von Persönlichkeitsmerkmalen (etwa dem Neurotizismus oder den Hypochondriemerkmalen) zu sein scheinen, darauf Einfluß nehmen, ob Lebensereignisse überhaupt genannt werden, bestimmte Arten derselben vielleicht sogar erst eintreten (vgl. RAHE + 1978), so sollte betont werden: Unsere sogar anhand relativ grober Parameter (nach vorkommenden und nicht vorkommenden Ereignissen, abgesehen von dem komplexeren Maß des Summenwertes zum Interviewbelastungsfaktor) gewonnenen Ergebnisse legen bereits nahe, daß Lebensereignisse mit dem Ausmaß des in bestimmten Merkmalen des subjektiven Kurerfolgs, auch des "objektiv" definierten Kurerfolgs, zusammenhängen.

+ und ARTHUR

Eine Hilfe zur Bewältigung krisenhafter und belastender Situationen als eine der Aufgaben stationärer Heilmaßnahmen zu postulieren (wie etwa bei BRUSIS 1976; v.FERBER 1976), erhält somit vielleicht auch einen empirischen Hintergrund (vgl. auch ZIMMERMANN 1976).

Auch auf die als Moderatorvariable eingeführte Unterscheidung nach Raucher- Nichtmehrraucher- Nichtraucher soll verwiesen werden. Bei den zum Zeitpunkt des Kuranfangs ermittelten Rauchern scheinen in einigen Merkmalen deutlichere positive Kureffekte zu erwarten zu sein (vermutlich in dem Zusammemhang, daß sie hier auch "ungünstigere" Werte hatten). Dies ist beispielsweise hinsichtlich des zum Kurende verminderten diastolischen Blutdrucks, der zu diesem Termin auch verringerten Aggressivität (FPI) und bezüglich des zur Katamnese verminderten Neurotizismusausmaßes festzustellen.

Im Gegensatz zur Bedeutung des den Raucherstatus betreffenden Kennwertes hat sich die Unterscheidung nach anamnestisch gegebener bzw. nicht gegebener Schichtarbeit im Hinblick auf die Veränderungen als nahezu unwesentlich erwiesen. Dies schließt freilich nicht deren Einfluß auf interindividuell unterschiedliche Ausprägungen, etwa hinsichtlich verschiedener belastungsrelevanter Kennwerte (in der "Querschnittsbetrachtung") , nicht aus (vgl. z.B. FRESE 1978).

Von erheblicher Bedeutung erscheinen, wenn wir zum zweitgenannten Gesichtspunkt übergehen, die Befunde zu sein, die dazu ermittelt wurden, inwieweit allgemein durch psychologische Variablen bzw. Kennwerte,speziell durch solche aus unseren methodischen Neu- und Weiterentwicklungen, subjektive und "objektive" kurerfolgsrelevante Veränderungen vorausgesagt werden können. Umgekehrt ist auch die Frage von Interesse, inwieweit von objektiv-medizinischen Kennwerten her psychologisch fassbare Veränderungen aufzuklären sind. In diesem Zusammenhang ist zunächst einmal hinsichtlich der krankheitsbedingten Fehlzeiten erstens auffallend, daß die zugehörigen Ausgangswerte einen erheblichen Einfluß nahmen, so daß die Annahme von "gewohnheitsmäßigen Anteilen" nahe-

gelegt ist. Dabei ist es auch plausibel, daß erhöhte Ausprägungen in den erholungsbezogenen Kennwerten vor der Kur zu einer vermehrten Krankmeldungsverringerung beitragen. Überdies wird zweitens deutlich, daß die Dauer der Krankmeldungen, teilweise auch die Häufigkeit, in beachtlichem Maße auch durch psychosoziale Determinanten zu erklären ist. So geht eine Verminderung der im Kurnachhalbjahr liegenden Krankmeldungsdauer mit eher verminderten Ausprägungen in der anhand des von uns entwickelten Psychologischen Interviews ermittelten psychosozialen Belastung, ebenso in den belastungs- und konfliktrelevanten Persönlichkeitsmerkmalen einher. Dies schließt zwar nicht die Bedeutung medizinischer Kennwerte im Hinblick auf dieses "klassische" Erfolgskriterium aus, wie die Tatsache, daß in der einzelvariablenorientierten Regression auch das Relativgewicht als Prädiktor der Krankmeldungshäufigkeit erscheint, nahelegt. Ihre Bedeutung bleibt im Verhältnis zu der der psychosozialen Belastungen und der damit zusammenhängenden Verarbeitungsweisen (wie beide Aspekte im Belastungsfaktor des Interviews umfaßt sind) freilich begrenzt. Wenn also Merkmalen einer psychischen (teilweise persönlichkeitspsychologisch faßbaren) Belastung ein nicht zu übersehender Voraussagewert zukommt, dann erhalten Überlegungen zur (vermehrten) Hilfe der Heilmaßnahmen bei der Streßbewältigung (nach dem Heilverfahren) eine ähnliche empirische Fundierung wie die weiter oben hinsichtlich der life events angestellten Erwägungen.

Wiederum deutlicher wird der Anteil somatisch-medizinischer Parameter, etwa bei Änderungen in Stimmungs- und Befindensvariablen sowie Persönlichkeitsvariablen. Z.B. ist eher zu erwarten, daß sich die Patienten zum Kurende ausgeglichener fühlen, wenn sie bereits zum Kuranfang ein vermindertes Relativgewicht hatten. Andererseits zeigt sich auch eine gleichsinnige Bedeutung sowohl psychologischer als auch medizinischer Ausgangswerte in dem Sinne, daß z.B. die "Nervosität" zum Kurende bei zunächst (Kuranfang) eher erhöhten Blutdruckwerten deutlicher, ebenso wie bei zunächst eher erhöhten Werten in konflikt- und belastungsrelevanten Persönlichkeitsvariablen, abnimmt.

Der Einfluß der kurbezogenen Einstellungen und Bewertungen, wie sie durch EzK und BdK erfaßt sind, zeigt sich besonders deutlich in der einzelvariablenorientierten Regression. In der zuerst dargestellten Regression auf Differenzwerte, und zwar anhand der "komplexen" Prädiktoren, erhalten z.B. die Summenwerte aus den ersten beiden EzK- und den ersten drei KKB-Variablen hingegen eine nur geringe Bedeutung. Im einzelnen sind es sodann im Bereich des EzK die entlastungs- und kontaktbezogene Erwartung (EzK2) sowie die auf natürliche Heilmaßnahmen gerichtete Erwartung (EzK3), die vermehrter die Rolle bedeutsamer Prädiktoren erreichen. Allerdings bleibt deren Voraussageleistung wiederum vor allem auf subjektive Beurteilungen, wie sie der Fragebogen BdK enthält, beschränkt. Immerhin die Stunden körperlicher Betätigung in der Katamnese können aus der EzK3-Variable (Erw.natürl. Heilm.Erf.-Zuvers.) zu einem geringen Teil vorausgesagt werden (wobei in dieser Kriteriumsvariable keine Ausgangswerte erhoben wurden und deren mögliches Gewicht unklar bleibt). Die Beziehungen zwischen EzK und BdK erscheinen gleichwohl plausibel. Dies zeigt sich z.B. darin, daß mit einer vermehrten entlastungs- und kontaktbezogenen Erwartung (EzK2) eine vermehrte Zufriedenheit mit psychologischen Kurmaßnahmen (BdK4) einhergeht. Von einiger Bedeutung erscheint freilich der Fragebogen BdK, wenn die in ihm enthaltenen Variablen als Prädiktoren behandelt werden. Immerhin steht die globale Kurerfolgsbeurteilung (BdK1) nicht nur mit der späteren katamnestischen Kurbeurteilung, sondern auch mit einigen gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen, wie Schwimmen, subjektive Beurteilung des Gesundheitszustandes, Hausarzt- und Facharztbesuchen in plausiblem Zusammenhang und das Körpergewicht ist bei vermehrter Zufriedenheit mit psychologischen Kurmaßnahmen eher vermindert.

Auch das auf Kurerfolg und Prognose bezogene Arztrating 1 zeigt eine beachtliche Vorhersageleistung in bezug auf Gesundheitsverhalten (Wandern, Schwimmen, Rauchen), so daß es hierbei zumindest teilweise zu einem echten prognostischen Instrumentarium wird.

26.5 Zusammenfassung

Es werden im Zuge multipler Regressionsrechnungen verschiedene Prädiktoren für die Veränderungen bzw. Differenzbeträge, die in den mehrmals (Kuranfang, Kurende, Halbjahreskatamnese - T1, T2, T3 -)erhobenen psychologischen, medizinischen und anamnestisch-katamnestischen Variablen zwischen Kuranfang und Kurende sowie zwischen Kuranfang und Halbjahreskatamnese auftreten, untersucht. Außerdem wird überprüft, anhand welcher als Prädiktoren definierter Variablen sich die Ausprägungen (nicht Differenzen) in verschiedenen zu späteren Terminen erhobenen Variablen voraussagen lassen.
Im Hinblick auf die Veränderungs- bzw. Differenzbeträge werden einmal - vor allem anamnestische - "einfache"Prädiktoren und zum anderen, sowohl aus diesen einfachen Prädiktoren als auch aus den (zum Kuranfang erhobenen) Ausgangswerten in veränderungsrelevanten psychologischen, medizinischen und anamnestischen Variablen gebildete "komplexe" Prädiktoren verwendet. Die darin enthaltenen "Ausgangswerte" bestehen zum überwiegenden Teil aus den aus einzelnen Variablen summierten Kuranfangswerten, für deren Zuordnung eine faktorenanalytische Auswertung aus den am Kuranfangstermin erhobenen Variablen maßgebend war. Die Ergebnisse aus den beiden Versionen dieses auf Differenzbeträge aus T1 und T2 sowie T1 und T3 bezogenen regressionsanalytischen Auswertungsgangs werden dargestellt. Die Ergebnisse aus dem zweitgenannten, einzelvariablenorientierten regressionsanalytischen Auswertungsgang werden nur zum Teil dargestellt, und zwar insoweit die Prädiktoren aus Variablen der weiterentwickelten methodischen Verfahren EzK und BdK sowie Arzt- und Betreuerin-Rating und die Kriterien aus nur einmalig zu Kurende oder Katamnese erhobenen subjektiven und objektiven kurerfolgsrelevanten Kennwerten (z.B. zu gesundheitsförderlichen Verhaltensweisen) oder teilweise auch aus, zwar in Wiederholungsform vorliegenden, jedoch in den Einzelvariablenzusammenhängen interessierenden Merkmalen erkundet werden sollten.
Im Rahmen des ersten Auswertungsabschnittes im Hinblick auf

die Differenzbeträge stellen sich sehr häufig beachtliche Abhängigkeiten der Veränderungen von den zugehörigen Ausgangswerten heraus. Darüber hinaus finden sich einige bemerkenswerte Prädiktoren, die nicht unmittelbar, etwa als Ausgangswerte, in den veränderungsrelevanten Variablen involviert sind. U.a. wird deutlich, daß sich die zusätzliche psychologische Behandlung in der regressionsanalytischen Auswertung erneut als bedeutsame Variable (Prädiktorvariable) für positiv interpretierbare Veränderungen in persönlichkeitspsychologischen, beschwerdenbezogenen Kennwerten, im einzelvariablenorientierten Kontext auch in auf Körpergewicht und Klinikaufenthalte bezogenen Kennwerten, erweist. Aus den regressionsanalytischen Ergebnissen geht weiterhin hervor, daß ein zunehmender beruflicher Status sowie der (ebenfalls anamnestisch ermittelte) Raucherstatus und Erstkurgängerstatus (im Vergleich zum Kurwiederholerstatus) in einigen psychologischen sowie medizinischen und anamnestischen Merkmalen mit einem vermehrten Kurerfolg einhergeht. Alter und Geschlecht erreichen eine relativ geringe Bedeutung.

Es stellt sich überdies heraus, daß die Veränderungen in allgemein anerkannten Kurerfolgskriterien wie etwa der Häufigkeit und Dauer der krankheitsbedingten Fehlzeiten, in erster Linie von den zum Kuranfang ermittelten Ausprägungen in psychologischen, vor allem belastungsrelevanten, Kennwerten abhängen, wie sie besonders durch die persönlichkeitspsychologischen und belastungsbezogenen Fragebogen (FPI, BPI, BFB) sowie durch das von uns entwickelte Psychologische Interview erfasst sind. Die Verminderung der Krankmeldungen erweist sich dabei als von einer bereits zu Kurbeginn gegebenen eher geringeren Belastung abhängig. Erst in zweiter Linie nehmen darauf medizinisch-objektive Kennwerte (z.B. Körpergewicht) Einfluß. Auch andere, kurerfolgsbezogene Kennwerte, wie etwa die Arztkonsultationen, können in erster Linie durch psychologische (u.a. hypochondrierelevante) Variablen vorausgesagt werden. Auf der anderen Seite lassen sich auch Veränderungen in psychologischen Variablen deutlich durch medizinische Variablen voraussagen, so etwa die Verminderung subjektiver Nervosi-

tät, und zwar unter der Voraussetzung - ebenfalls zum Kuranfang ermittelter - eher erhöhter Blutdruckwerte.

Vor der Kur liegende Lebensereignisse gehen teilweise mit erhöhten positiv zu interpretierenden Veränderungen zum Kurende einher, wie sie wiederum, soweit sie sich im katamnestischen Kurnachhalbjahr ereignen, den Kurerfolg hinsichtlich einzelner subjektiver und objektiver Kennwerte einschränken.

Mit den kurbezogenen Einstellungen und Erwartungen lassen sich (soweit die Ergebnisse zu diesem Thema dargestellt wurden) in erster Linie die retrospektiv gegebenen, wiederum kurbezogenen Beurteilungen voraussagen, während sich anhand dieser Beurteilungen (nun als Prädiktoren behandelt) und zwar besonders der globalen Kurerfolgsbeurteilung (BdK1), bedeutsame Beziehungen nicht nur zu der späteren, katamnestischen Nutzeneinschätzung sondern auch zu einigen gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen bzw. zum subjektiven Gesundheitszustand ergeben. Analog lassen sich anhand der globalen Kurerfolgsbeurteilung aus der Sicht der behandelnden Gruppenärzte Voraussagen bezüglich einiger gesundheitsförderlicher Verhaltensweisen gewinnen.

Die Ergebnisse werden teilweise unter den schon in bezug auf die Ergebnisdarstellung genannten Gesichtspunkten, so dem zur Vorhersagemöglichkeit anhand der zusätzlichen psychologischen Behandlung und weiterer moderierender Kennwerte, dem der Voraussagbarkeit kurerfolgsrelevanter Variablen aufgrund psychologischer Kennwerte sowie dem der Aufklärung der Varianz in kurerfolgsrelevanten psychologischen Variablen aufgrund medizinischer Kennwerte, in der anschließenden Diskussion nochmals aufgegriffen. Dabei werden auch Überlegungen hinsichtlich der empirisch-therapeutischen Berücksichtigung einzelner Befunde angestellt.

27 Zusammenfassung und Ausblick

Die vorliegende Arbeit steht - teilweise in Anknüpfung an frühere Arbeiten des Autors (FERSCHING 1976, FERSCHING und KURY 1979) - unter dem allgemeinen Ziel, einen psychologischen Beitrag zur Erforschung der Bedingungen und Wirkungen stationärer Heilmaßnahmen bzw. Rehabilitationsmaßnahmen (Kuren), vor allem insoweit sie für Patienten mit psychosomatisch-psychovegetativen Störungen und Krankheiten durchgeführt werden, zu leisten. Gesundheits- bzw. krankheitsrelevante Modellvorstellungen im Sinne eines komplementären und simultanen Zusammenwirkens von erlebnis- und verhaltensmäßigen, sozialkommunikativen sowie somatischen Vorgängen legen es nahe, mit dem Begriff der Bedingungen einmal die, zumindest anhand psychologischer, medizinischer und soziologischer Kategorien beschreibbaren, insbesondere ätiologischen Voraussetzungen zu umfassen, die die Patienten zur Rehabilitationsmaßnahme gleichsam "mitbringen". Zum anderen sind es die im Rahmen der Rehabilitationsmaßnahmen von den Verantwortlichen planmäßig und absichtlich "gesetzten", im weitesten Sinne als "Behandlung" zu verstehenden Bedingungen, außerdem die nicht absichtlich beeinflußten - vielfach sozialpsychologisch faßbaren - Umstände und Faktoren, die im Rahmen der Heilmaßnahmen und "in der Zeit danach" wirksam werden, die jeweils vom obigen Begriff der Bedingungen umfasst sind. Auch diese, absichtlich und unabsichtlich im rehabilitiven Kontext vorkommenden Bedingungen sind wiederum anhand medizinischer, psychologischer, soziologischer, auch pädagogischer und anthropologischer Konzepte faßbar. Und diese Bedingungskomplexe, ebenso die Eingangs- bzw. Vorbedingungen bei den einzelnen Patienten, haben wiederum - mit Hilfe der gleichen Disziplinen - konzeptualisierbare - gezielte und beabsichtigte, aber auch weniger gewünschte oder unbeabsichtigte Wirkungen und eventuell "Erfolge". Beide Wirkungsbereiche, und zwar in ihren Ausprägungen und Zusammenhängen, ihrem Verlauf und ihrer Verflechtung mit jenen vor und im Kontext der Rehabilitation vorkommenden Bedingungen, sind mit dem Begriff der "Wirkungen" gemeint.

Der allgemeinen Zielvorstellung, zur weiteren Erforschung der so verstandenen Bedingungen und Wirkungen stationärer Heilmaßnahmen einen psychologischen Beitrag zu leisten, sind verschiedene besondere Ziele zugeordnet. So sollen Voraussetzungen, Möglichkeiten und Grenzen, Methoden und Effekte spezieller rehabilitationspsychotherapeutischer bzw. psychologischer Behandlungsmaßnahmen im Vergleich zu allgemeinen Kurbehandlungsmaßnahmen untersucht werden. Ein weiteres besonderes Ziel besteht darin, an der notwendigen Weiterentwicklung bzw. auch Neuentwicklung von methodischen Verfahren mitzuarbeiten, insbesondere insoweit sie für die Klinik- bzw. Behandlungszuweisung und die Behandlungsvaluierung von Bedeutung sind. Außerdem geht es darum, die Bedingungen in zweierlei Hinsicht weiter zu spezifizieren. Einmal sollen Variablen identifiziert werden, die für die Ingangsetzung eines stationären Heilverfahrens von besonderer Bedeutung und anhand psychologischer Kategorien faßbar sind, so etwa bestimmte psychische Belastungen u.a.. Zum anderen sollen Bedingungen bzw. Faktoren herausgearbeitet werden, die im Hinblick auf die genannten Wirkungen, besonders rehabilitations- bzw. kurerfolgsrelevanter Art, von einem mehr oder weniger großen Gewicht sind und unter denen der psychologischen Behandlung eine besondere Beachtung zuteil wird.

Um dem allgemeinen und den besonderen Zielen näher zu kommen, werden ein theoretischer Teil, und zwar hauptsächlich anhand der einschlägigen Literatur, sowie ein empirischer Teil, und zwar aufgrund eigener Untersuchungen an Kurpatienten, hauptsächlich mit psychovegetativen-psychosomatischen Störungen, erstellt.

Im theoretischen Teil werden grundlegende Begriffe und Konzepte zu Rehabilitation und Prävention sowie zum stationären Heilverfahren bzw. zur Kur, zu psychosomatischen Krankheiten und Störungen sowie psychischen Belastungen, zu Krankheits- bzw. Gesundheitsverhalten, zu Psychotherapie bzw. psychotherapeutisch-psychologischen Rehabilitationsmaßnahmen, zu Gesundheitserziehung sowie Rehabilitations- bzw. Kurerfolg be-

schrieben. Dabei wird angesichts neuerer konzeptueller Entwicklungen u.a. deutlich, daß das Heilverfahren bzw. die Kur zunehmend einen präventive wie rehabilitive Anteile umfassenden und, im Hinblick auf Diagnostik und Behandlung, medizinische wie psychologische und pädagogische Ansätze enthaltenden Teil des Gesundheitswesens darstellt. Verschiedene Modelle der Kur werden, ebenso neuere Entwicklungen in der Häufigkeit und Verteilung der Heilverfahren, dargestellt.

Vor diesem Hintergrund liegt es nahe, auf Aufgaben und Probleme der "Rehabilitations- bzw. Kurpsychologie" näher einzugehen. Als wichtige Aufgaben dieser Disziplin werden Diagnostik, Assessment, Psychotherapie, Beratung, Gesundheitserziehung, Mitarbeiterfortbildung, Organisationsentwicklung und nicht zuletzt Forschung herausgearbeitet. Ansätze und Ergebnisse der Forschung werden (eben unter besonderer Berücksichtigung der Rehabilitations- und Kurpsychologie) aufgeführt. Sie beziehen sich auf Fragen der Ätiologie und Epidemiologie der zu behandelnden Störungen und Krankheiten, außerdem auf Fragen der Patientenselektion im Hinblick auf klinische Rehabilitationsmaßnahmen, der Erwartung, der Krankheitsvorstellungen und Behandlungsvorstellungen bei Patienten wie bei Angehörigen des therapeutischen Personals, der Phänomene und Bedingungen des Rehabilitations- bzw. Kurerfolgs und der darauf bezogenen Evaluation sowie der Methodenentwicklung. Bisherige Forschungsansätze werden dargelegt und hauptsächlich unter methodologischen Gesichtspunkten diskutiert.

Entsprechend der genannten besonderen Zielsetzung werden in einem weiteren Abschnitt Voraussetzungen, Möglichkeiten und Grenzen psychologischer bzw. psychotherapeutischer Rehabilitationsmaßnahmen beschrieben. Wichtige Voraussetzungen bestehen auf der Seite der Patienten in psychischen und psychosozialen Belastungen und Konflikten, in psychosomatischen Störungen und vielfach inadäquaten gesundheitsrelevanten Einstellungen und Verhaltensweisen. Auf der anderen Seite ergeben sich aus den normativ-gesetzlichen "Anleitungen",

(etwa in der Reichsversicherungsordnung RVO) vor allem aufgrund der dortigen sozialethisch-humanistischen Orientierungen, wichtige Konsequenzen für umfassend angelegte, also auch psychologische Behandlungsformen umfassende, Rehabilitationsmaßnahmen. Ein Überblick über die bisher wenigen einschlägigen Studien zu den Bedingungen und Effekten psychotherapeutischer Kur- bzw. Rehabilitationsmaßnahmen wird, unter Diskussion offener Probleme, gegeben. Um hinsichtlich der psychologischen Behandlung für Kurpatienten mit psychovegetativ-psychosomatischen Störungen noch weitere Anhaltspunkte zu gewinnen, und zwar sowohl was die Störungskonzeptualisierung und die hier implizierten Behandlungsvorstellungen als auch die konkreten Formen der Therapiegestaltung betrifft, werden Modelle aus der psychosomatischen Krankheitslehre und neuere Entwicklungen und Trends aus dem Bereich der Psychotherapieforschung herangezogen. Aus diesen (drei) Bereichen wird die vorsichtig-optimistische Schlußfolgerung abgeleitet, daß der Kurerfolg bzw. bestimmte Dimensionen desselben durch vermehrte und systematische Einbeziehung psychologischer Therapiemaßnahmen in die stationären Rehabilitationsmaßnahmen optimiert bzw. stabilisiert werden können.

Aus den eben skizzierten Darlegungen werden Perspektiven und Themen für die weitere kur- bzw. rehabilitationspsychologische Forschung abgeleitet. Sie betreffen besonders die folgenden Themen: Auswahl der Patienten; Einstellung, Motivation, Krankheitskonzepte und Behandlungsvorstellungen, Zuweisung der Antragsteller zu Kurkliniken und Indikation zu bestimmten Behandlungsmaßnahmen. Wirkweise (Erfolg) der Heilmaßnahmen in Verbindung mit Assessmentforschung, Neu- bzw. Weiterentwicklung psychologischer bzw. psycho-therapeutischer Rehabilitationsmaßnahmen, Katamnesestudien, Methodenentwicklung, Psychophysiologie - Psychosoziosomatik - Interdisziplinarität, Ansätze zur Klassifikation von Gruppen.

An dem überwiegenden Teil dieser Themen bzw. Perspektiven knüpft der empirische Teil der Arbeit an. Sowohl die inhaltliche Verschiedenartigkeit der in den Folgerungen enthaltenen Themen als auch die allgemeine und die besonderen Ziel-

setzungen legen nahe, die empirischen Untersuchungen anhand einer möglichst breiten Auswahl von Variablen anamnestisch-sozialer, psychologischer und medizinischer Art durchzuführen und ggfs. die ersten beiden genannten Variablenbereiche anhand eigener Methodenentwicklungen zu ergänzen. Die zur Vorbereitung dieser Variablen- und Methodenauswahl, wie auch zu Teilen der Auswertung erforderlichen Arbeiten erfolgten in Kooperation und Koordination mit dem Betreuer, Prof. Dr. J.FAHRENBERG, und dem Autor der parallel an BfA-Kurpatienten durchgeführten Untersuchung, Dipl.-Psych. M. WELSCH (WELSCH 1980). Im einzelnen wurden die folgenden Variablenbereiche und die jeweils nachstehend genannten methodischen Verfahren zusammengestellt: 1. Einstellungen, Erwartungen und Bewertungen der Patienten in bezug auf Heilmaßnahmen: Fragebogen Einstellung zur Kur EzK und Fragebogen zur Beurteilung der Kur BdK sowie Kennwerte zur katamnestischen Kurbeurteilung; 2. subjektive Krankheitskonzepte und Behandlungsvorstellungen: Fragebogen zur Erfassung subjektiver Krankheitskonzepte und Behandlungsvorstellungen KKB; 3. Hypochondrie und Gesundheitsverhalten: Fragebogen Hypochondrie und Gesundheitsverhalten HG; 4. Persönlichkeitsvariablen: Freiburger Persönlichkeitsinventar FPI (ausgewählte Skalen); Buchinger Persönlichkeits-Inventar BPI; 5. subjektive Beschwerden: Allgemeinbefindensskala der Freiburger Beschwerdenliste FBL; 6. Stimmungen: Adjektiv-Skalen zur Einschätzung der Stimmung SES; 7. subjektive Belastungen im Zusammenhang mit bestimmten Lebensbereichen: Fragebogen zur Erfassung subjektiver psychosozialer Belastungen im Zusammenhang mit Ehe, Familie und Beruf BFB; 8. anamnestische bzw. katamnestische und soziale Kennwerte zu Kindheit, Familien- und Berufsleben, Lebensgewohnheiten, Erkrankungen, Gesundheitsverhalten, Lebensereignissen: Anamnestischer Erhebungsbogen, Katamnestischer Erhebungsbogen, Psychologisches Interview; 9. Einschätzungen der Patienten durch Angehörige des medizinisch-therapeutischen Personals: Einschätzung der Patienten durch den Gruppenarzt und die Gruppenbetreuerin (Arzt- und Betreuerin-Rating); 10. objektive medizinische Kennwerte: Körpergröße, Körpergewicht, Blutdruck, Puls, Labordaten (z.B. Cholesterin), Diagnosestellung.

Die unter 1., 2., 3., 7. 8., und 9. genannten Methodenbereiche stellen Neuentwicklungen und/oder Weiterentwicklungen

dar, die vom Autor im Rahmen der genannten vorbereitenden Arbeiten zusammen mit den Herren FAHRENBERG und WELSCH vorgenommen wurden. Die anderen Methodenbereiche sind schon "bewährter" und wurden in den (teilweise etwas gekürzten) Fassungen der Testautoren übernommen.

Geleitet von der allgemeinen und den besonderen Zielvorstellungen sowie stimuliert durch die Folgerungen aus dem theoretischen Teil werden insgesamt 14 Fragen formuliert, die mit Hilfe der eigenen empirischen Untersuchung beantwortet bzw. bearbeitet werden sollen. Es handelt sich, zusammenfassend betrachtet, um Fragen erstens zur Dimensionalität und Testkonstruktion der methodischen Verfahren, vor allem insoweit sie durch uns neu- bzw. weiterentwickelt wurden, zweitens zu den interindividuellen Unterschieden einmal innerhalb der untersuchten LVA-Kurpatientenstichprobe, und zwar in Abhängigkeit von Geschlecht, Alter, familiärem und beruflichem Status, dem Status des Kurwiederholers oder Erstkurgängers, der vom Untersucher eingeschätzten Belastung, nicht zuletzt der zusätzlichen psychologischen Behandlung, zum anderen -teilweise unter erneuter Berücksichtigung dieser Kennwerte - zwischen den beiden zusätzlich psychologisch behandelten LVA- und BfA-Kurpatienten-Stichproben sowie zwischen den im Rahmen des stationären Heilverfahrens behandelten LVA-Kurpatienten und den unbehandelten Personen einer Vergleichsgruppe, drittens zum Zusammenhang bzw. zur Struktur der verschiedenen Variablenbereiche, viertens zur Veränderung in den kurerfolgsrelevanten Merkmalen zum Ende des Heilverfahrens und zu einer ein halbes Jahr später stattfindenden Katamnese, fünftens zu den Voraussetzungen und Effekten einer zusätzlichen psychologischen Behandlung, und zwar in erster Linie für LVA- und in zweiter Linie für BfA-Patienten, sechstens zur Frage nach der Identifizierung relevanter Prädiktoren im Hinblick auf Merkmale des Kurerfolgs. Zu dem zweit-, viert- und fünftgenannten Fragenbereich werden jeweils Hypothesen formuliert.

Die eigenen Untersuchungen wurden an einer Stichprobe von N = 180 30- bis 50-jährigen Kurpatienten, N = 131 Männern

und N = 49 Frauen, die in den Monaten Februar bis Mai 1977 an einem jeweils vierwöchigen Heilverfahren an der LVA-Kurklinik mit der Indikation der "Psychovegetativen Syndrome" (Chefarzt: Obermedizinaldirektor Dr. H.HÖFT) teilnahmen, durchgeführt. Die Art der stationären Heilmaßnahmen wird beschrieben, ebenso die Methoden der zusätzlichen psychologischen Behandlung, die N=29 Kurpatienten (N=18 Männer und N=11 Frauen) erhalten haben. Bei diesen Patienten kamen überwiegend klientzentrierte bzw. gesprächspsychotherapeutische Behandlungsmethoden (N=17), außerdem kombiniert klientzentrierte und verhaltenstherapeutische, teilweise auch kommunikationstherapeutische Methoden (N=7)sowie verhaltenstherapeutische Behandlungsformen (N=5) zum Einsatz.

Entsprechend dem zum Beginn des empirischen Teils zusammengestellten Untersuchungsplan wurden zum Beginn des Heilverfahrens (Kuranfang; T1) von den LVA-Kurpatienten die mit Hilfe folgender methodischer Verfahren erfassten Daten erhoben: Anamnestischer Erhebungsbogen, Psychologisches Interview; psychologische Fragebogen EzK, KKB, HG, FPI, BPI, FBL, SES, BFB, außerdem medizinische Kennwerte. Zum Ende des Heilverfahrens (Kurende; T2) wurden den LVA-Patienten die Fragebogen BdK, sowie wieder KKB, HG, FPI, BPI, FBL, SES und BFB gegeben. Außerdem wurden die Einschätzungen der einzelnen Patienten durch Gruppenarzt und Gruppenbetreuerin und verschiedene medizinische Kennwerte (die jedoch teilweise bereits zu einem Nachprüfungstermin innerhalb des Kurverlaufs gewonnen wurden) ermittelt. Im Rahmen einer ein halbes Jahr später stattfindenden katamnestischen Untersuchung (T3) wurden von den LVA-Kurpatienten die Daten aus dem Katamnestischen Erhebungsbogen, außerdem nochmals aus den psychologischen Fragebogen KKB, HG, FPI, FBL, SES und BFB sowie das Körpergewicht als medizinischer Kennwert erhoben. Die Rücklaufquote lag etwa bei 80%.

In die empirische Untersuchung werden auch die Daten aus dem Anamnestischen Erhebungsbogen und der psychologischen Fragebogen HG, FPI, FBL, SES und BFB, die ungefähr zum Zeitpunkt des Kuranfangs, und die Daten aus diesen fünf psychologischen Fragebogen, die ungefähr zum Zeitpunkt des Kurendes, und zwar

jeweils an einer Vergleichsgruppe von N=80 Personen im Rahmen einer Studie von HAMPEL (HAMPEL 1978), erhoben wurden, einbezogen. In die vorliegende Datenverarbeitung werden außerdem die Daten der in der Parallelstudie untersuchten BfA-Patienten (WELSCH 1980), und zwar derjenigen mit einer zusätzlichen psychologischen Behandlung (N=169 von N=214), die mit Hilfe der weitgehend identischen Methoden u.a. an den drei genannten Terminen (zusätzlich noch einem Voruntersuchungstermin) gewonnen wurden, aufgenommen. Den fragenspezifisch mitgeteilten Ergebnissen der Datenverarbeitung wird eine zentrale Übersicht zur Verflechtung von Problemen und Folgerungen, die aus dem theoretischen Teil "extrahiert" werden, von Fragestellungen und Hypothesen des empirischen Teils sowie von statistischen Datenverarbeitungsstrategien zu deren Bearbeitung vorangestellt.

Die Ergebnisse der im Rahmen der vorliegenden Arbeit geleisteten bzw. berichteten Datenverarbeitung lassen sich folgendermaßen zusammenfassen:

1. Im Rahmen der zum erstgenannten Fragenkomplex nach Dimensionalität und (weiteren) testkonstruktionsrelevanten Merkmalen der einzelnen methodischen Verfahren werden von den methodischen Neu- und Weiterentwicklungen, bei gemeinsamer Zugrundelegung der Daten von LVA- und BfA-Patienten, Faktorenanalysen jeweils zu den Items von EzK, BdK, KKB und BFB durchgeführt. Bezüglich des Anamnestischen und Katamnestischen Erhebungsbogens, des Psychologischen Interviews und des Arzt- und Betreuerin-Ratings werden Faktorenanalysen unter Einbeziehung der von den LVA-Patienten vorliegenden Daten durchgeführt. Es können jeweils sinnvoll interpretierbare Dimensionen bzw. Faktoren pro methodischem Verfahren ermittelt werden. Diese bilden, wie im Rahmen der Strategien zur Daten-Behandlung dargelegt wird, die Grundlage für die weiteren testentwicklungsrelevanten itemanalytischen Auswertungen, ebenso für die weitere Verrechnung der Daten, besonders aus den psychologischen Fragebogen. Itemanalysen werden zu den Verfahren EzK, BdK, KKB, HG, FBL, SES Arzt- und Be-

treuerin-Rating sowie Psychologisches Interview, jeweils auf der Basis der von der LVA-Kurpatienten-Stichprobe ermittelten Kennwerte,durchgeführt.

Es stellt sich heraus, daß die meisten der aufgrund der eigenen faktorenanalytischen Auswertung nahegelegten bzw. der von den Testautoren mitgeteilten Skalenkombinationen und ebenfalls die Mehrheit der einzelnen Items befriedigende itemanalytische Kennwerte erreichen. So liegen die Schätzungen der inneren Konsistenz für (die in Klammer genannten Zahl der faktorenanalytisch ermittelten Skalen): die (drei)EzK-Variablen zwischen .65 und .73, die (vier) BdK-Skalen zwischen .83 und .88, die (vier) Belastungsskalen des BFB zwischen .71 und .80 und die Allgemeinbefindensskala der FBL bei .79. Bei den anderen der in die itemanalytischen Auswertungen einbezogenen Methodenbereichen haben diese Werte in Abhäbgigkeit von den einzelnen Skalen eine etwas größere Streuung; sie liegen bei den (drei) Interviewfaktoren zwischen .42 und .73 (letzterer Wert für den Belastungsfaktor), bei den (vier HG-Variablen zwischen .39 und .77, den (vier) KKB-Krankheitskonzepten zwischen .31 und .85 (letzterer Wert für ein psychosozial-psychotherapeutisches Krankheitskonzept) und für das Arzt- und Betreuerin-Rating zwischen .36 und .94 (letzterer Wert für Einschätzung des Arztes in bezug auf globalen Kurerfolg und Prognose).

2. Im Hinblick auf den zweitgenannten Fragenkomplex zu den interindividuellen Unterschieden innerhalb der LVA- sowie zwischen dieser einerseits und der BfA-Kurpatienten-Stichprobe und der Vergleichsgruppe andererseits werden vor allem mehrfaktorielle simultane varianzanalytische Designs (teilweise auch t-Tests) in bezug auf metrische Variablen sowie Chi-Quadrat-Tests in bezug auf dichotome bzw. qualitative Daten verwendet. Zunächst zu interindividuellen Unterschieden innerhalb der LVA-Kurpatienten-Stichprobe: Was die beiden Einteilungsmerkmale nach Geschlecht und Alter (30 bis 40, 41 bis 50 Jahre) betrifft, so stellt sich heraus, daß bedeutsame Unterschiede zwischen männli-

chen und weiblichen Patienten in einer weitaus größeren Anzahl von Variablen auftreten als zwischen den verschiedenen Altersgruppen. In den psychologischen Fragebogenvariablen erscheinen die 41-50-Jährigen im Vergleich zu den 30-40-Jährigen vermindert extravertiert, offen und aggressiv (FPI) und in bezug auf ihren Körper vermehrt mißtrauisch (HG4). Diese Unterschiede entsprechen wie ein Großteil der geschlechtsspezifischen Differenzen der Erwartung. Hierbei zeigen sich für die Frauen in den belastungs- und konfliktrelevanten Persönlichkeitsvariablen (FPI, BPI) weniger positive Werte als für die Männer, wie sie sich auch in Beschwerden- und Stimmungsvariablen (FBL, SES, anamnestische und katamnestische Beschwerdenkennwerte), ebenfalls im Mißtrauen gegenüber ihrem Körper als belasteter darstellen. Diese geschlechtsspezifische Differenz setzt sich auch in der berufsbezogenen Unzufriedenheit (BFB3) und etlichen belastungsrelevanten Kennwerten von Interview, Anamnestischem und Katamnestischem Erhebungsbogen fort, wobei sich zusätzlich in Interview und Anamnese etwas mehr benachteiligende und weniger unterstützende Sozialisationsbedingungen der weiblichen Patienten, auch in deren subjektiven Bewertung der Kindheit, außerdem hinsichtlich der schulischen und ausbildungsmäßigen Bedingungen ergeben. Was die Krankheitskonzepte und Behandlungsvorstellungen betrifft, so fällt einmal die durchgängige größere Präferenz der Frauen für psychosozial-psychotherapeutische Vorstellungen (KKB1) und zum anderen ihre erhöhte und zugleich passiv getönte (eventuell auch leichter enttäuschbare) Erwartungshaltung gegenüber dem stationären Heilverfahren auf, das sie - auf der Dimension der globaleren Beurteilung BdK1 - sodann auch weniger positiv als durch die Männer beurteilen. Auch Ärzte und Betreuerinnen schätzen diesbezüglich Frauen weniger positiv ein. Im Gegensatz zu diesen eher "gestörten" Verhältnissen weiblicher Patienten in subjektiven Belastungsmerkmalen sind es die männlichen Patienten, die in einzelnen medizinisch-objektiven Kennwerten wie Triglyceriden, Bierkonsum, Rauchgewohnheiten störungsrelevant-erhöhte Werte erreichen.

Ein Großteil der zu geschlechts- und altersspezifischen Differenzen formulierten Hypothesen kann bestätigt werden.

Die vielfach geäußerte Vermutung, daß sich Antragsteller mit psychovegetativen Störungen im Zusammenhang mit ihren psychischen und psychosozialen Belastungen und ihren darauf bezogenen weniger effektiven Bewältigungsmöglichkeiten um eine Kur bemühen, und daß in deren Kontext diagnostisch, indikatorisch und therapeutisch jene Belastungen berücksichtigt werden sollten, haben wir mit der Entwicklung des Psychologischen Interviews aufgegriffen. Dieses soll eine Hilfe für eine möglichst ökonomische und zugleich valide Einschätzung verschiedener belastungsrelevanter Aspekte (Art, Ausmaß, Motivation) und zugleich eine Indikationshilfe für eventuelle zusätzliche psychologische Behandlungsmaßnahmen darstellen. Wir greifen bereits im Zuge der interindividuellen Unterschiedsanalysen einen der Bestandteile des Interviews, nämlich die vom Untersucher vorgenommene Belastungseinschätzung, in der verschiedene belastungsrelevante Informationen des Interviews integriert werden, auf. Es interessiert, ob und inwieweit sich die Ausprägungen in diesem Rating (anhand der Kategorien nicht bzw. wenig belastet, N=61, mittel belastet, N=39, sehr belastet, N=72) auch in anderen belastungsrelevanten psychologischen, medizinischen und anamnestisch-katamnestischen Kennwerten "reproduzieren" (varianzanalytische Designs mit Geschlecht, Altersgruppe, Kurwiederholung, Belastungsrating, zusätzliche psychologische Behandlung sowie Chi^2-Tests). Die Ergebnisse erscheinen ermutigend: Eine als zunehmend eingeschätzte psychische Belastung erscheint auch als höhere Entlastungs- und Kommunikationserwartung an die Kur (EzK2) und ebenso in einer positiveren auf psychologisch-kommunikative Kurmaßnahmen bezogenen subjektiven Beurteilung (BdK4), weiterhin in einer durchgängig vermehrten Präferenz für "psychologische" Krankheitskonzepte (KKB1), zeitweilig auch für stress- und arbeitsbezogene Konzepte (KKB2, KKB4), in erhöhtem Neurotizismus (FPI), vermehrten Depressivitäts-, Nervositäts- und sexuellen Konflikthaftigkeitsausprägungen (BPI), ebenso in subjektiven Beschwerden (FBL) sowie einem

eher wenig aktiven und bedrückten, gereizten Stimmungsgeschehen (SES3,4,2). Gleichsinnige Unterschiede finden sich ebenfalls in Kennwerten aus Anamnestischem und Katamnestischem Erhebungsbogen, die auf Erholung, Freizeit, Medikamentenkonsum (Schlaf- und Beruhigungsmittel) bezogen sind, wobei die als vermehrt belastet angesehenen Personen im Katamnesebogen auch teilweise eine verminderte Übernahme von auf der Kur erlernten gesundheitsförderlichen Maßnahmen (Schwimmen, Entspannung) und eine weniger zuversichtliche Zukunftserwartung angeben.

Die Frage nach den diagnosespezifischen Variablenausprägungen berührt das Problem, inwieweit sich klassifikatorisch-syndromatische Zuordnungen auch in einzelnen - im vorliegenden Zusammenhang besonders psychologischen - Kennwerten abbilden. Da im Zusammenhang mit der spezifischen Indikation der Kurklinik Buching die dortigen Ärzte den größten Teil der Patienten der Hauptdiagnose "Psychovegetatives Syndrom" (N=158) und den kleineren Teil (N=22), der von uns als eine Gruppe zusammengefasst wurde, wiederum verschiedenen weiteren Diagnosen zugeordnet hatten, waren im Rahmen unserer interindividuellen Vergleiche nur grobe Hinweise auf diagnosespezifische Differenzen zu erwarten. Als Ergebnis deuten sich in etlichen Variablen tendenzielle Unterschiede an, so etwa in den Beschwerden (FBL) und der Nervositätsskala (BPI3), außerdem finden sich statistisch bedeutsame Differenzen, und zwar in mehreren vom Belastungsfaktor des Interviews umfaßten Merkmalen, im anamnestisch ermittelten Erholungsgefühl nach dem Wochenende (auch der katamnestisch ermittelten Dauer von Entspannung). Die Resultate entsprechen der zur betreffenden Frage formulierten Hypothese im Sinne vermehrter Beschwerdenneigung und Belastetheit bei "psychovegetativen" Patienten.

Unter den LVA-Patienten befinden sich Personen, die zum ersten Male an einem Heilverfahren teilnehmen (N=106) und solche, die zum wiederholten ($\geq$ 2.) Male eine Kur erhalten. Eine Frage, die u.a. für Klinik und Träger von Interesse ist, lautet: Sind Kurwiederholer in höherem Ausmaß

krank bzw. belastet als die Erstkurgänger - da sie eine erneute Kur brauchen - oder unterscheiden sie sich darin nicht, sondern eher in dem geringeren Nutzen, den sie von einer vorausgehenden Heilmaßnahme hatten, bzw. einfach in dem Ausmaß ihrer Schonhaltung? Unsere Auswertungsergebnisse in interindividueller Hinsicht (zum varianzanalytischen Teil das Design mit den Faktoren Geschlecht, Altersgruppe, Kurwiederholung, Belastungsrating, zusätzliche psychologische Behandlung) machen im Hinblick auf die Kurwiederholer im Vergleich zu den Erstkurgängern deutlich: Sie waren bisher nicht nur öfter zur Kur sondern auch zur stationären Behandlung in Krankenhäusern; sie kommen mit eher verminderten Erwartungen hinsichtlich der Wiederherstellung eines befriedigenden Gesundheitszustandes, erhöhter Risikovermeidungstendenz, zugleich verminderten subjektiven Beschwerden, ebenso Triglyceridewerten zur Kur; im Zusammenhang mit deren Beantragung wirken sie eigeninitiativer. Auf der anderen Seite geben sie bezüglich der beiden Kurvorjahre vermehrt belastende-unangenehme Lebensereignisse im Beruf an, präferieren zum Kurende auch in größerem Ausmaß arbeitsbezogene Krankheitskonzepte, wie sie zur Katamnese wiederum häufigere familiäre life events und zugleich eine größere Krankmeldungshäufigkeit mit einem tendenziell höheren Ausmaß an Beschwerden angeben. So scheinen Kurwiederholer also in bestimmten Bereichen, so etwa in der Krankmeldungshäufigkeit - tendenziell auch in der Beschwerdenbelastung - weniger von einem Heilverfahren zu profitieren, zu dem sie andererseits aber auch in medizinischen Labordaten weniger auffällig, vielleicht im Zusammenhang mit berufsbezogenen Ereignissen belasteter, angetreten waren. Die Art ihrer Erkrankungen ist bei dieser Betrachtung indessen nicht berücksichtigt.

Im allgemeinen bestehen LVA-Kurpatientenkollektive - in relativ homogener Weise - überwiegend aus Arbeitern. Die wiederholt nachgewiesene Abhängigkeit psychischer Störungen bzw. störungs- und belastungsrelevanter Merkmale von Unterscheiden in sozioökonomischen und beruflichem Status veranlassen uns aber zur Überprüfung entsprechender Unterschie-

de innerhalb unserer relativ homogenen Gruppe von LVA-Patienten, von denen N=111 keine und N=67 eine abgeschlossene Berufsausbildung angeben und von denen N=85 der Gruppe der einfachen Arbeiter, N=65 der der Spezial- und Facharbeiter und N=24 der der beruflich Höhergestellten (z.B. Meister, Selbständige) zugeordnet werden können (bei außerdem N=4 Hausfrauen bzw. ohne Beruf). Auch familienstandsabhängige Unterschiede sollen überprüft werden; zumal sich auch hierbei Unterschiede zwischen den Patienten erheben (N=152 verheiratete und N=28 alleinstehende - d.h. ledige, verwitwete oder geschiedene - Patienten; N=29 Patienten mit keinen Kindern, N=102 mit 1 Kind, N=45 mit $\geq$ 2 Kindern). Es stellt sich heraus, daß die familienstatusbezogenen Kennwerte wenige Unterschiede in den Variablenbereichen "ausmachen", mit Ausnahme z.B. von eher positiven Kurerfolgsbeurteilungen der Patienten mit mehreren Kindern (die sich auch als vermehrt im Zusammenhang mit ihren Kindern belastet beschreiben). Gewichtiger sind die Unterschiede in Abhängigkeit vom beruflichen Status, wobei der vorhandenen bzw. nicht vorhandenen Berufsausbildung eine größere Bedeutung als der des mehr oder weniger gehobenen Status hinsichtlich der ausgeübten Berufstätigkeit zukommt. Neben trivialen Unterschieden in verschiedenen arbeitsbezogenen Anamnesemerkmalen (wie z.B. Verdienst, Art der Berufsbeanspruchung u.a.) zeigen unsere Befunde, ebenso wie zahlreiche sozialepidemiologische Studien, daß ein weniger gehobener bzw. privilegierter beruflicher Status mit "gestörteren" Ausprägungen in psychologischen und in medizinischen Kennwerten einhergeht. So beschreiben sich Patienten ohne Berufsausbildung (im varianzanalytischen Geschlecht-Alter-Berufsausbildung-Berufstätigkeit-zusätzliche psychologische Behandlung-Design) im Vergleich zu denen mit einer Berufsausbildung als vermehrt gehemmt, nervös, deprimiert (BPI1,3,4), zugleich aggressiv (FPI2), zeitweilig auch als mißtrauischer gegenüber ihrem Körper (HG4), Kurende), wie sie auch in den unlustbetonten SES-Variablen höhere und in den wohlbefindensbetonten SES-Variablen erniedrigte Werte erreichen; überdies sind sie - wie die anamnestischen Unterschiede

bei jeweiliger Aufteilung der Geschlechtsgruppen nahelegen - häufiger krankgemeldet, fühlen sich weniger gut erholt, haben weniger gesundheitsförderliche Ernährungsgewohnheiten, nicht zuletzt kommen sie auch mit erhöhten Ausprägungen in medizinischen Kennwerten, und zwar im Blutdruck und im Ausmaß des Cholesterins, zur Kur. Was die erholungs- und kommunikationsfördernden Bedingungen des Kuraufenthaltes (BdK3) betrifft, so sind sie damit weniger zufrieden, wie sie schließlich auch in ihrem Kurerfolg von Ärzten und Betreuerinnen negativer eingestuft werden.

Einen Vergleich der behandelten LVA-Patienten mit einer soziologisch ähnlichen Gruppe unbehandelter Personen in möglichst vielen Variablen durchzuführen, könnte interessante Anhaltspunkte zu jenen "pathogenetisch bedeutsamen" Bedingungen ergeben, die für die Ingangsetzung eines Heilverfahrens besonders wichtig sind und zu deren weiteren Charakterisierung beizutragen ja eines der Ziele der vorliegenden Arbeit darstellt. Der Vergleich mit den erwähnten N=80 Personen, von denen uns Daten zur Verfügung gestellt wurden, ist allerdings im Verhältnis zu dem eben angedeuteten Anspruch unter mindestens zwei Einschränkungen zu sehen. Einmal ist die Vergleichspersonengruppe unter einigen sozialen-anamnestischen Merkmalen nicht ganz der LVA-Patienten-Stichprobe vergleichbar, zum anderen erstreckt sich diese - solchermaßen beschränkte - Vergleichbarkeit nur auf die zu einem ersten und einem vier Wochen später liegenden zweiten Erhebungstermin und hierbei auf jeweils die psychologischen Fragebogen HG, FPI, FBL, SES und BFB sowie auf Teile des Anamnestischen Erhebungsbogens. Werden die Merkmale, in denen sich die Vergleichsgruppe nicht ganz so wie die Patientengruppe verteilt, d.h. insbesondere das Geschlecht, das Alter sowie Merkmale zum beruflichen Status u.a., in varianzanalytischen Auswertungsplänen berücksichtigt, so werden indessen einige bemerkenswerte Unterschiede, insbesondere zum ersten Termin (was den hier noch nicht nachweisbaren Behandlungseinfluß auf die Patientengruppe widerspiegelt) deutlich, die unseren Hypothesen entsprechen.

Für die LVA-Kurpatienten ergibt sich im Vergleich zu der Vergleichsgruppe: Sie wirken hypochondrischer (HG2,3,4), beschwerdenbehafteter (FBL), beruflich überforderter und unzufriedener (BFB2, 3) und beschreiben ihr Befindens- und Stimmungsgeschehen als weniger gehoben, weniger aktiviert sowie als gereizter und müder (SES1,3,2,6). Auch in anamnestischen Kennwerten wirken sie belasteter und erkrankungsanfälliger, so in bezug auf Krankheitszeiten, Erholung, Schlaf, Freizeit, Medikamentenkonsum, teilweise Ernährungsgewohnheiten (etwa im Konsum alkoholischer Getränke) und Zahl bisheriger Kuraufenthalte. Nicht zuletzt erscheinen sie in ihrer Selbstbeschreibung als weniger offen (FPI9).

3. Die große Zahl der verwendeten psychologischen, anamnestisch-sozialen und medizinischen Kennwerte legt es nahe, überschaubare Datenstrukturen zu erkunden, womit wir den drittgenannten Fragenbereich ansprechen. Eine entsprechende Struktur- bzw. Faktorenanalyse erfolgt hierzu jeweils querschnitts- bzw. terminbezogen. Dabei werden innerhalb von sechs faktorenanalytischen Auswertungsgängen zu den psychologischen Kennwerten zusätzlich die Kennwerte aus den kurbezogenen Einstellungs- und Beurteilungsfragebogen (EzK, BdK, Arzt- und Betreuerin-Rating), aus Psychologischem Interview, Anamnesebogen und Katamnesebogen herangezogen, wie auch eine Faktorenanalyse auf der Basis der (vergleichbaren) Daten von Patienten- und Vergleichsgruppe erfolgt. In der Ergebnisdiskussion nehmen wir auch auf einzelne korrelations- und regressionsanalytisch ermittelte Zusammenhänge Bezug.

   In den Ergebnissen wird eine größere Anzahl von relativ stabil über die verschiedenen Designs hinweg auftretenden Dimensionen mit plausibler Interpretierbarkeit sichtbar. Die Enge des Zusammenhangs von medizinischen und psychologischen Kennwerten bleibt begrenzt und zeigt sich u.a. in Befindens- und Stimmungs- sowie Lebensgewohnheiten-Kennwerten.Beziehungen von krankheitsbedingten Fehlzeiten mit psychischen Belastungen sowie berufsbezogener Unzufriedenheit deuten sich eher als mit objektiven medizinischen Laborda-

ten an. Zumindest partielle Übereinstimmungen zwischen kurbezogenen Beurteilungen aus der Sicht der Patienten einerseits und der Sicht der behandelnden Gruppenärzte und Gruppenbetreuerinnen zeichnen sich ab.

Sind Art, Häufigkeit und Belastungsintensität der Lebensereignisse und die darauf bezogenen individuellen und kollektiven Verarbeitungsstrategien eher ein unabhängiges Phänomen und die alltäglichen subjektiven psychosozialen Belastungen, etwa im Zusammenhang mit Ehe, Familie, Beruf ein anderes? Sind beide Bereiche enger miteinander verflochten? Haben sie möglicherweise einen gemeinsamen Faktor einer mehr oder weniger gegebenen Belastungsresistenz u.ä.? Solche Fragen stehen im Hintergrund, wenn wir noch speziell die Zusammenhänge zwischen Lebensereignissen und BFB-Variablenausprägungen untersuchen. Sowohl in den Zusammenhangsmustern, die sich auf die Kurvorzeit beziehen, als auch in jenen, die die Kurnachzeit (Halbjahreskatamnese) betreffen, zeigt sich, daß es die berufsbezogene Unzufriedenheit (BFB3) ist, die mit der Häufigkeit und der Belastungs- bzw. auch Ärgerintensität der Lebensereignisse in den verschiedenen Bereichen (familiär, beruflich, gesundheitlich, wirtschaftlich; zur Katamnese - wegen Besetzungshäufigkeit - nur in bezug auf familiären und beruflichen Bereich ermittelt) zusammenhängt.

4. Was "bringt" das Heilverfahren - in bestimmten Merkmalsbereichen - bei bestimmten Personengruppen - mit welcher zeitlichen Stabilität? Der viertgenannte Ziel- und Fragenbereich, die Effizienz stationärer Heilmaßnahmen, und zwar im Hinblick auf (bisher) mehr oder weniger stringent definierte Kurerfolgskriterien, zu untersuchen, wird hier zunächst einmal mit Hilfe deskriptiver Unterschiedsanalysen (t-Tests für abhängige Stichproben) für die gesamte und die beiden Geschlechtergruppen der LVA-Kurpatienten angegangen. Ausgewertet werden die Unterschiede in den als Wiederholungsmessung vorliegenden Variablen, und zwar zwischen Kuranfang und Kurende (T1 und T2) sowie zwischen Kuranfang und Halbjahreskatamnese (T1 und T3). Es finden

sich zum Kurende eine Reihe von - auch aufgrund der Ergebnisse aus verwandten Studien zumindest teilweise erwarteten - positiv zu interpretierenden Veränderungen: eine verminderte Präferenz stress- und organmedizinisch orientierter Stresskonzepte bei allen drei genannten Kollektiven, ein vermindertes körperbezogenes Mißtrauen (HG4) bei den Frauen, gleichwohl eine zunehmende Symptomaufmerksamkeit (HG3) bei den Männern, sodann wiederum bei Gesamt- und Geschlechterkollektiven eine vermehrte "Extravertiertheit" (FPI) und verminderte Ausprägungen in den belastungs- und konfliktrelevanten Persönlichkeitsvariablen von FPI und BPI, ebenso in den Beschwerden (FBL), weiterhin eine zunehmend gehoben-aktivierte Befindenslage (SES) und nicht zuletzt verringerte Körpergewichts-, Blutdruck-, Puls- und Laborwerte. In der Halbjahreskatamnese sind von diesen Veränderungen (soweit die genannten Variablen nochmals untersucht wurden) noch diejenigen in den Krankheitskonzepten (KKB), in der Aggressivitätsskala des FPI (wobei über die positive Bewertung einer verminderten Aggressivität bei Patienten mit psychovegetativen Störungen gestritten werden kann), in den Beschwerden (FBL) und der subjektiven "Aktiviertheit" (SES3, bei freilich vermehrter Gereiztheit) noch erhalten. Die Gewichtsverminderungen sind bei dieser gruppenstatistischen Auswertung nicht mehr ganz signifikant, während (was erst zur Katamnese, nicht schon zum Kurende erhoben wurde) der Bierkonsum sowie die Medikamenteneinnahme, besonders was Schlaf- und Beruhigungsmittel betrifft, deutlich, der Zigarettenkonsum tendenziell, verringert sind. Überraschend wenig Veränderungen stellen sich in den Belastungsskalen (BFB) heraus; insoweit welche statistisch zu sichern sind, handelt es sich eher um solche im Sinne zunehmender Belastung (so etwa in der ehebezogenen Belastung). Daß ein Großteil der genannten kurz- und längerfristigen Veränderungen heilmaßnahmenspezifisch begründet sein dürften, wird, was den "Ausschnitt" der Veränderungen in HG, FPI, FBL, SES und BFB zum Kurende durch einen hierbei möglichen (in der Aussagekraft begrenzten) Vergleich mit den Veränderungen bei der Vergleichsgruppe betrifft, nahegelegt.

Unsere Hypothesen zu den Veränderungen bei den Patienten und bei diesen im Vergleich zu denen bei den Vergleichspersonen können weitgehend bestätigt werden, mit Ausnahme der von uns in größerem Ausmaß vermuteten Verminderungen in den BFB-Skalen.

5. "Bringt" eine zusätzliche psychologische Behandlung vermehrt positive Kureffekte? Wenn ja, unter welchen Voraussetzungen bei Patienten und deren Umgebung? Mit welchen therapeutischen Mitteln bei welchen Patienten und Störungen? Diese Fragen (fünftgenannter Bereich) stehen im Hintergrund, wenn wir einmal interindividuelle Unterschiedsanalysen (mehrfaktorielle Varianzanalysen, besonders G-A-W-B-P, und Chi-Quadrat-Tests) zwischen den zusätzlich psychologisch behandelten und den nicht dementsprechend behandelten LVA-Patienten (Restgruppe und Parallelisierungsgruppe) durchführen und zum anderen deren Veränderungen zwischen T1 und T2 bzw. T3 mit denjenigen bei vergleichbaren, parallelisierten und nicht zusätzlich psychologisch behandelten Patienten vergleichen.
Diese Fragen sind es auch, die uns sodann veranlassen, Unterschiede zwischen jeweils zusätzlich psychologisch behandelten LVA- und BfA-Patienten zu untersuchen, und außerdem die intraindividuellen Veränderungen bei beiden Gruppen einander gegenüberzustellen. In den Darstellungen und Ableitungen des theoretischen Teils wurde gezeigt, daß wir die Optimierung und Stabilisierung des Kurerfolgs in bestimmten Merkmalsbereichen (vor allem insoweit sie in einer Beziehung mit dem therapeutischen Geschehen stehen) unter der Voraussetzung zusätzlicher rehabilitationspsychotherapeutischer Rehabilitations- bzw. Kurmaßnahmen positiver einschätzen. Wenn wir zunächst auf die Veränderungsanalysen bei den zusätzlich psychologisch behandelten LVA-Patienten eingehen, so können wir sagen, daß unsere Befunde die eben genannte Vermutung bestätigen. Es ergeben sich intraindividuelle Unterschiede, die bei vergleichbaren und parallelisierten LVA-Patienten ebenfalls und solche, die bei diesen nicht, sondern nur bei den zusätzlich psychologisch behandelten Patienten festzustellen sind. Die letztgenannten

sind im vorliegenden Kontext von besonderem Interesse, ebenfalls diejenigen, die - innerhalb der Stichprobe der zusätzlich psychologisch behandelten LVA-Patienten - in Abhängigkeit von Geschlecht sowie vorherrschender Behandlungsmethode aufzufinden waren. In diesem Zusammenhang werden auch (in bezug auf die gesamte LVA-Patientenstichprobe) die Korrelationen zwischen der dichotomisierten Variable der erhaltenen bzw. nicht erhaltenen psychologischen Behandlung und allen anderen Variablen sowie (in bezug auf die zusätzlich psychologisch behandelte LVA-Patientengruppe) zwischen speziellen Items[+] (Sitzungszahl, Ausmaß und Dauer des Nutzens, fünf spezielle Items zu "Gelassenheit und Optimismus") und allen anderen Variablen herangezogen. Als spezifische, in Abhängigkeit von der zusätzlichen psychologischen Behandlung (Abhängigkeiten von Ausgangswerten hier noch nicht kontrolliert; hierzu siehe letzter Punkt der Zusammenfassung) auftretende Veränderungen erweisen sich positiv zu interpretierende Veränderungen in der Introvertiertheit-Extravertiertheit-Dimension sowie in belastungs- und konfliktrelevanten Persönlichkeitsvariablen zu Kurende und Halbjahreskatamnese (FPI und BPI, das aber nur zum Kurende erhoben wurde). Eine besondere Bedeutung kommt der bei zusätzlich psychologisch behandelten Frauen eher zunehmenden Aggressivität zu. Sie kann, wenn etliche andere Voraussetzungen zur psychosozialen Lage der untersuchten Frauen in Rechnung gestellt werden, eventuell auch als positiv zu bewertendes Kurerfolgsphänomen betrachtet werden. Nicht zuletzt ist es das Körpergewicht, das bei den zusätzlich psychologisch behandelten Patienten im Vergleich zu den vergleichbaren nicht dementsprechend behandelten Patienten auch zur Katamnese bedeutsam erniedrigt bleibt. In korrelationsanalytischer Hinsicht ergeben sich etliche plausible Hinweise auf Beziehungen zwischen motivationalen, eher unspezifischen belastungsrelevanten, behandlungsdauerbezogenen Kennwerten einerseits und effektrelevanten Merkmalen andererseits.

Einige der genannten therapiespezifischen Veränderungen scheinen für die jeweils vorherrschende psychologische Be-

[+] Zu Veränderungen aufgrund der zusätzlichen psychologischen Behandlung.

handlungsmethode charakteristisch zu sein. So findet sich z.B. die zu Kurende und Katamnese verringerte emotionale Labilität bedeutsam nur bei den überwiegend klientzentriert behandelten Personen, ebenso die zum Kurende festzustellende verminderte Nervosität, Depressivität und sexuelle Konflikthaftigkeit, wie auf der anderen Seite das katamnestisch verminderte Körpergewicht wiederum nur bei den kombiniert bzw. überwiegend verhaltenstherapeutisch behandelten Patienten festzustellen ist. Auch ein vermindertes Mißtrauen gegenüber Ärzten und Therapien deutet sich bei dieser Aufteilung für die klientzentriert behandelten Personen an. Nicht nur die intra- sondern auch die pro Erhebungstermin durchgeführten interindividuellen Unterschiedsanalysen (varianzanalytisch u.a. anhand des Geschlecht-Alter-Belastungsrating-Kurwiederholung-zusätzliche psychologische Behandlung- und Geschlecht-Alter-Berufsausbildung-Berufstätigkeit-zusätzliche psychologische Behandlung-Designs) indizieren zusätzlich positive Kureffekte in Abhängigkeit von der psychologischen Behandlung, wie sich hierbei auch charakteristische Unterschiede im Sinne einer vermehrten "Gestörtheit" der psychologisch behandelten Patienten, gerade in den für sie besonders veränderungsrelevanten Variablen, ergeben. Unter dem erstgenannten Aspekt sind - jeweils für die zusätzlich psychologisch im Vergleich zu den nicht zusätzlich psychologisch behandelten Patienten - u.a. der positivere subjektive, wie auch der von den Ärzten her eingeschätzte Kurerfolg (BdK1, BdK4, Arztrating 1), die zu Kurende und Katamnese nicht mehr bzw. weniger gegebene Differenz in belastungsrelevanten Persönlichkeitsvariablen, weiterhin die katamnestisch feststellbare verminderte Beschwerdenausprägung sowie vermehrte "Aktiviertheit" (FBL, SES3) und berufsbezogene Zuversicht, nicht zuletzt eine zu Kurende und Katamnese aufzufindende vermehrte Offenheit der Selbstbeschreibung (FPI9) zu nennen. Unter dem zweitgenannten Aspekt sind die bei zusätzlich psychologisch behandelten Patienten jeweils zum Kuranfang festzustellenden erhöhten Ausprägungen in konfliktrelevanten Persönlichkeitsmerkmalen (FPI, BPI), mit Ausnahme der Aggressivität, ebenso in den bela-

stungsrelevanten Kennwerten des Psychologischen Interviews und auch in den medizinischen Variablen (die höheren diastolischen Blutdruck- und die BKS-Werte) hervorzuheben. Diese Befunde werden, auch unter Berücksichtigung der bei psychologisch behandelten Patienten eher vorfindbaren psychologisch-psychosozialen Krankheitskonzepte, ausführlich, besonders im Hinblick auf die daraus ableitbaren Hypothesen zu Indikations-Evaluations-Zusammenhängen, aber auch im Hinblick auf Probleme der Präselektion und Vergleichbarkeit, diskutiert.
Auch innerhalb der BfA-Patienten-Stichprobe wurden bestimmte Personen im Laufe ihres Heilverfahrens zusätzlich psychologisch behandelt. Aufgrund der in dortiger Klinik institutionalisierten und integrierten psychologischen Therapiemaßnahmen trifft dies jedoch für einen größeren Patientenkreis (N=169) zu als in der LVA-Klinik. Interindividuelle Vergleiche zwischen den jeweils zusätzlich psychologisch behandelten LVA- und BfA-Patienten schienen angebracht (Chi-Quadrat-Tests, verschiedene varianzanalytische Designs), ebenso eine Gegenüberstellung der intraindividuellen Unterschiede beider Stichproben. Dazu werden verschiedene Vergleichbarkeitsoperationen vorgenommen, so u.a. (z.B. in den Varianzanalysen) die Unterscheidung von drei Gruppen überwiegend klientzentriert, sodann kombiniert und außerdem überwiegend verhaltenstherapeutisch behandelter Patienten.
In interindividueller Hinsicht stellt sich u.a. heraus, daß die zusätzlich psychologisch behandelten LVA- im Vergleich zu den zusätzlich psychologisch behandelten BfA-Patienten höhere entlastungs- und kommunikationsbezogene Erwartungen an die Kur (EzK2) haben, wie sie diese zum Ende des Heilverfahrens (BdK1) und zur Katamnese auch positiver beurteilen, auch aus der Sicht der Gruppenärzte einen positiveren Kurerfolg erzielen. Weiterhin ergibt sich, besonders zum Kuranfangstermin: Die LVA-Patienten stellen sich in bestimmten Dimensionen besorgt-hypochondrischer dar (HG2,4), während sie sich zur Katamnese eher als vermindert symptomaufmerksam schildern. In den Krankheitskonzepten bevorzugen sie stärker psychosozial-psychotherapeutische Vorstellungen (KKB1), weniger hingegen stress- und organmedizinisch orientierte

Konzepte (KKB2, 3). Im FPI erscheinen die LVA-Patienten "neurotischer", wie sie sich auch als mehr beschwerdenbehaftet (FBL) beschreiben. In den SES-Variablen erreichen sie höhere Trägheits- und Müdigkeits- sowie niedrigere auf die gehoben-ausgeglichene Stimmung bezogene Ausprägungen, im BFB beschreiben sie sich als vermehrt unzufrieden mit ihrer Arbeit, ihrer Bezahlung und ihren Kollegen(BFB3), was statistisch auf Kuranfangs- und Kurendetermin zutrifft. In anamnestisch-katamnestischer Hinsicht kennzeichnen sich die zusätzlich psychologisch behandelten LVA- im Vergleich zu den dementsprechend behandelten BfA-Patienten durch eine geringere Zahl von erholungsgenutzten Urlaubstagen, einen höheren Bierkonsum und - in der Katamnese - durch eine vermehrte Entspannungsübungsdauer, aber verminderte familienbezogene Zukunftszuversicht. Bereits im Psychologischen Interview erscheinen sie durchweg belasteter und innerhalb der medizinischen Kennwerte sind ihre Triglycerideausprägungen höher. Aus den - unter Berücksichtigung verschiedener Vergleichbarkeitsoperationen vorgenommenen - intraindividuellen Unterschiedsanalysen sind die drei Fälle der erstens bei zusätzlich psychologisch behandelten LVA- und BfA-Patienten in ähnlicher Weise auftretenden Veränderungen, zweitens der spezifisch auf die BfA- und drittens spezifisch nur auf die LVA-Patienten (jeweils mit psychologischer Behandlung) zutreffenden Veränderungen bemerkenswert. Fall 1 betrifft die verminderten KKB2- und KKB3- Ausprägungen, die ebenfalls verminderten FBL-Werte, außerdem die in den SES-Variablen zu konstatierenden Veränderungen und die in der Mehrheit der anamnestisch-katamnestischen Variablen auftretenden Veränderungen sowie die Körpergewichtsabnahme; Fall 2 trifft u.a. auf Veränderungen (Zunahmen) in dem psychosozial-psychotherapeutischen und arbeitsbezogenen Krankheitskonzept (KKB1, 4), ferner auf die zunehmende berufsbezogene Unzufriedenheit (BFB3) und den reduzierten Zigarettenkonsum (hierzu spezielle Trainings bei BfA-Patienten, keine besonderen Maßnahmen bei LVA-Patienten mit tendenzieller Verminderung) zu und Fall 3 bezieht sich auf das verminderte Ausmaß des Mißtrauens gegenüber dem eigenen Körper und der emotionalen Labilität (HG4, FPIN).

6. Nicht nur Bedingungen zu spezifizieren, die für LVA-Kurpatienten, vor allem mit psychovegetativen Störungen charakteristisch sind, ist ein Ziel der vorliegenden Arbeit, sondern auch jene zu einem frühen Zeitpunkt zu ermittelnden Bedingungen zunächst in einer lediglich hypothesenstiftenden Weise zu bestimmen, die mit einem mehr oder weniger gegebenen Kurerfolg in einzelnen Merkmalen bzw. Dimensionen systematisch einhergehen. Wir sprechen damit den sechstgenannten Fragenbereich an. Nachdem verschiedene Möglichkeiten der Definition von Prädiktoren sowie von Kriterien erwogen worden sind, werden zwei regressionsanalytische Auswertungsgänge durchgeführt und, was den ersten betrifft, ausführlicher, und was den zweiten betrifft, nur teilweise dargestellt. In einem ersten Auswertungsgang werden als Kriterien die in den (metrischen) Wiederholungsvariablen vorkommenden Differenzbeträge zwischen Kuranfang und Kurende sowie zwischen Kuranfang und Katamnese als Kriterien bestimmt, während als Prädiktoren einmal mehr anamnestische- und nicht die Ausgangswerte in den veränderungsinteressierenden Variablen einbeziehende - Prädiktoren gebildet und zum anderen komplexe Prädiktoren gebildet werden, die sowohl aus diesen "einfachen" als auch aus "komplexen" Variablen, d.h. aus faktorenanalytisch (durch die dortigen Höchstladungen) vorgegebenen Summenwerten aus den zum Kuranfang gegebenen Ausprägungen bzw. Ausgangswerten in psychologischen,medizinischen und anamnestischen Variablen sowie dem (ersten) Belastungsfaktor des Interviews bestehen.
In einem zweiten Auswertungsgang dominiert ein einzelvariablenorientiertes Vorgehen. Kriterien sind nun nicht Differenzbeträge sondern die Ausprägungen in den verschiedenen Variablen jeweils zu einem späteren Termin,worunter nun auch die nur einmalig und nicht in Wiederholungsform erhobenen Variablen enthalten sind. Als Prädiktoren werden ebenfalls Einzelvariablen, und zwar anamnestische Kennwerte (auch Belastungsrating des Interviews) sowie psychologische und medizinische Kennwerte, jeweils in der zum Kuranfang ermittelten Ausprägung, verwendet. In den Ergebnissen aus den beiden Auswertungsgängen zeigt sich u.a.: Zu den bedeutsa-

men Prädiktoren, besonders im Hinblick auf die in den persönlichkeitspsychologischen, auch in den beschwerdenbezogenen sowie klinikaufenthaltbezogenen Kennwerten gehört u.a. (erneut) die zusätzliche psychologische Behandlung. Kurbezogene Einstellungen und Erwartungen erreichen ein hauptsächlich wiederum auf die retrospektiv geäußerten kurbezogenen Beurteilungen plausible Vorhersagekapazitäten, während die letzteren immerhin mit einigen gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen (zu denen allerdings nicht genügend die Ausgangswerte erhoben wurden) in prädiktiver Beziehung stehen. Dies gilt auch für die globale Kurerfolgseinschätzung aus der Sicht der Gruppenärzte. Was die regressionsanalytischen Beziehungen zwischen psychologischen und medizinischen bzw. objektiven Kennwerten betrifft, so zeigt sich der Fall, daß anhand psychologischer Merkmale Veränderungen in medizinischen und als eher objektiv geltenden Merkmalen vorausgesagt werden kann, mit einer größeren Bedeutung, während der Fall einer Voraussagbarkeit von psychologischen Kennwerten in Abhängigkeit von zuvor gegebenen medizinischen Kennwerten ebenfalls, aber mit einer etwas geringeren Bedeutung auftritt. Was den ersten Fall betrifft, so erscheint bemerkenswert, daß das bekannte Kurerfolgskriterium der Häufigkeit und Dauer der krankheitsbedingten Fehlzeiten in einem nicht unerheblichen Ausmaß durch die zum Kuranfang gegebenen Ausprägungen in konflikt- und belastungsrelevanten Persönlichkeitsmerkmalen, ebenfalls in dem Belastungsfaktor des Interviews und der berufsbezogenen Unzufriedenheit aufgeklärt werden kann. Dabei ist die Verminderung in den Krankmeldungen größer, wenn auch die Ausprägungen in den genannten belastungsrelevanten Variablen bereits zum Kuranfang eher vermindert waren. Immer wieder zeigt sich eine erhebliche Abhängigkeit der Veränderung von den in der betreffenden Variable bzw. in dem zugehörigen Summenwert gegebenen Ausgangswerten (Kuranfangsausprägungen). Dies gilt auch für die krankheitsbedingten Fehlzeiten. Die prädiktive Bedeutung von weiteren Variablen, d.h. der vorkommenden bzw. nicht vorkommenden belastenden Lebensereignisse, des zum Kuranfang gegebenen Raucher- bzw. Nichtraucher-Status, weiterhin des Ge-

schlechts und Alters, der Diagnose u.a. werden herausgearbeitet. Eine ausführliche Diskussion der aus der multiplen Regressionsrechnung ermittelten Prädiktoren, u.a. im Hinblick auf deren behandlungsindikatorische Berücksichtigung, schließt sich an.

Ausblick

1. Aus verschiedenen Auswertungsgängen, u.a. dem Vergleich zwischen den Stichproben der behandelten LVA-Kurpatienten und der unbehandelten Vergleichspersonen, wurde deutlich, daß es nicht einfach nur die vermehrten Beschwerden und Erkrankungen sind, die die Bedingungen charakterisieren, unter denen es mit größerer Wahrscheinlichkeit zur Beantragung stationärer Heilmaßnahmen kommt. Offenbar kennzeichnen sich die Antragsteller auch durch vermehrte arbeits- bzw. berufsbezogene Überforderung und Unzufriedenheit, auch eine verminderte Offenheit in der Selbstwahrnehmung oder Selbstbeschreibung. Weitere Auswertungen, so etwa die regressionsanalytischen Berechnungen, haben gezeigt, daß solchen berufsbezogenen Belastungskennwerten, ebenso auch den belastungs- und konfliktrelevanten Persönlichkeitsmerkmalen, eine Bedeutung auch für die Änderungen in den krankheitsbedingten Fehlzeiten zukommt. Weitere Auswertungen bzw. Untersuchungen wären daher in mindestens folgender dreifacher Hinsicht wünschenswert:
   Erstens sollten die genannten belastungsrelevanten Kennwerte, darunter besonders auch diejenigen berufsbezogener Art, differenzierter mit Parametern der beruflichen Arbeit, zweitens mit Verarbeitungs- und Abwägungsprozessen in Beziehung gesetzt werden. Zu diesen zwei Punkten wurden in jüngster Zeit mehrfach Modelle formuliert, die die Ableitung überprüfbarer Hypothesen ermöglichen, z.B. das Verarbeitungsmodell zur Arbeitszufriedenheit bzw. Arbeitsunzufriedenheit von BRUGGEMANN u.a. (1975), auch weiterentwickelte Streßkonzepte (z.B. von FRESE

1977, 1978, 1979), im weiteren Kontext auch die Ansätze zum Verhältnis von Persönlichkeit und Arbeit (vgl. z.B. GROSSKURTH 1979, auch HÖFNER 1975). Drittens erscheint es angebracht, Merkmale bzw. Dimensionen der Beeinflußbarkeit belastungsrelevanter Merkmale durch verschiedene, insbesondere auch psychotherapeutische Rehabilitationsmaßnahmen genauer herauszuarbeiten, ebenso wiederum die Beziehung zwischen solchen Interventionseffekten und beschwerden- und krankheitsbezogenen Kennwerten. Daß solche Klärungen wünschenswert sind, ergibt sich z.B. daraus, daß die zusätzlich psychologisch behandelten BfA-Patienten sich zum Kurende und zur Katamnese als deutlich unzufriedener mit ihrer Arbeits- und Berufssituation beschreiben, daß sich bei den zusätzlich psychologisch behandelten LVA-Patienten hierbei hingegen keine Veränderungen ergeben, sich jedoch eine deutlich erhöhte Zuversicht hinsichtlich des Berufs (in der Katamnese) findet. Eine der sich daran anschließenden Fragen lautet z.B., welche Bedeutung eine vermehrte berufsbezogene Unzufriedenheit bzw. auch eine nichtveränderte berufsbezogene Unzufriedenheit und erhöhte berufsbezogene Zuversicht für andere, insbesondere auch krankheits- und beschwerdenrelevante Kennwerte haben. Teilweise können zu dieser Frage auch aus den vorliegenden Daten Anhaltspunkte gewonnen werden, wenn im Zuge weiterer Auswertungen die berufsbezogene Unzufriedenheit als Prädiktorvariable mit krankheitsbedingten Fehlzeiten in Beziehung gesetzt wird.[+]
Sehr ähnliche Überlegungen und Auswertungen, insbesondere unter dem drittgenannten Gesichtspunkt der therapeutischen Beeinflußbarkeit, wären auch im Hinblick auf die sogenannten life events angebracht.

2. Im Bereich der Methodenentwicklung wurden mit dem Anamnestischen und dem Katamnestischen Erhebungsbogen, dem Psychologischen Interview und den BFB-Skalen verschiedene weitere Aspekte zu psychischen und psychosozialen Belastungen erfaßt, wie etwa die Befunde aus den interindividuellen Unschiedsanalysen sowie aus den multiplen Regressionsanalysen zeigten. Dem Psychologischen Interview, insbesondere dem darin enthaltenen ersten Belastungsfaktor (bzw. auch dem

[+] Anhand größerer Stichproben aus LVA- und BfA-Patienten

Belastungsrating) kommt hierbei offenbar eine integrierende Bedeutung zu. Nun sollte das Psychologische Interview selbst anhand der Erfordernisse der Testtheorie und Testkonstruktion noch weiterentwickelt werden. Dies würde u.a. eine weitere "Bereinigung" um die in itemanalytischer Hinsicht weniger geeigneten Kennwerte implizieren. Sodann könnte dieses Interview erneut einer Stichprobe vorgelegt werden. Zum anderen könnten, wie die faktorenanalytischen Auswertungen nahelegen, sowohl die im Interview als auch im Anamnese- Katamnesebogen und im BFB enthaltenen Belastungskennwerte in einem zusammenfassenden Fragebogen integriert und erneut "erprobt" werden.

3. Aufgrund der unter der Voraussetzung einer zusätzlichen psychologischen Behandlung gewonnenen Befunde können gezieltere Indikationsstudien stimuliert werden (vgl. z.B. ZIELKE 1979). Wir haben gesehen, daß für die zusätzlich psychologisch behandelten Patienten, im Zuge der interindividuellen und intraindividuellen Analysen, Charakteristiken gefunden wurden, die auch in der Psychotherapieforschung, etwa in der Gesprächstherapieforschung, als bedeutsam im Hinblick auf die Ergebnisbewertung diskutiert werden. Für die eher verhaltenstherapeutisch behandelten Patienten wurden wiederum nicht ganz diese Kennzeichnungen gefunden. In diesem Zusammenhang nun kommt, wie sich auch aus unseren regressionsanalytisch ermittelten Ergebnissen ergibt, auch den einzelnen EzK-Variablen, den BdK-Variablen, außerdem den Krankheitskonzepten (KKB) und einer eher unspezifischen Belastung(Interview) eine wichtige Bedeutung zu. Wenngleich diese Bedeutung begrenzt blieb (wie gezeigt wurde), so tragen doch einige der anhand von diesen Variablen ermittelten Unterschiede (z.B. KKB1) zur Kennzeichnung psychologisch behandelter und nicht psychologisch behandelter Patienten und der zu erwartenden Behandlungseffekte bei. Offensichtlich, und das ergibt sich insbesondere aus dem Psychologischen Interview, sind die von uns eingesetzten Variablen zur Erfassung subjektiver Krankheitskonzepte und Behandlungsvorstellungen aber noch durch weitere Konzepte, insbesondere etwa zu naiven Alltagstheorien, zu ergänzen (vgl. z.B. KEUPP

1976; LAUCKEN 1974). Darüber hinaus wäre eine schärfere "Operationalisierung" der Treatmentmerkmale notwendig.

4. Noch nicht aufgegriffen wurde im Rahmen der vorliegenden Arbeit das Problem, Gruppen von Personen zu identifizieren, die nicht nur durch Unterschiede in einzelnen Variablen, sondern in Variablenkonstellationen charakterisiert sind. Im Hinblick auf die vorherrschende Symptomatik der untersuchten "psychovegetativ gestörten" Patienten stellt sich die Frage jedoch durchaus, zumal sich hinter diesem diagnostischen Etikett vielleicht doch heterogene Gruppen hinsichtlich Ätiologie, Symptomatologie und Therapie verbergen. Aufgrund unserer Ergebnisse, so etwa aus den faktorenanalytischen Auswertungen, ferner aus dem Vergleich zwischen behandelten LVA-Patienten und unbehandelten Vergleichspersonen, kann angenommen werden, daß einmal eine eher psychoneurotische Problematik (belastungs- und konfliktrelevante Persönlichkeitsvariablen) besteht, die mit Beschwerden verbunden ist, zum anderen aber auch eine spezifischere psychovegetative, insbesondere durch Beschwerdenhaftigkeit und mangelnde Erholung u.a. gekennzeichnete Problematik besteht (bei der aus den belastungs- und konfliktrelevanten Faktoren mehr der "Nervosität" eine Rolle zukommt). Weiterhin ist kennzeichnend, daß insbesondere die erstgenannte Problematik auch durch eher psychologische bzw. psychosoziale Krankheitskonzepte und psychotherapeutische Behandlungsvorstellungen gekennzeichnet ist. Falls sich entsprechende Gruppen identifizieren lassen, wäre es von Bedeutung, diese Unterscheidungen mit einzelnen kurerfolgsrelevanten Kriterien in Beziehung zu setzen. Im Zusammenhang mit der Frage nach der Indikation psychologischer Behandlungsmaßnahmen wäre es auch wichtig, Hypothesen für den Bereich von Therapiemaßnahmen, die spezifischer auf solche Gruppen zugeschnitten wären, zu formulieren.

5. Im Zuge weiterer Auswertungen der vorliegenden Daten sollten Vergleiche nicht nur zwischen den jeweils zusätzlich psychologisch behandelten Personen aus der LVA- und aus der BfA-Patientenstichprobe - was wir teilweise unternommen haben -

durchgeführt werden, sondern zwischen diesen beiden Gesamtkollektiven. Neben dieser eher exploratorischen Sichtung von Unterschieden und Gemeinsamkeiten wäre es auch wünschenswert, aus den an den LVA-Kurpatienten gewonnenen Untersuchungsergebnissen Hypothesen im Hinblick auf die BfA-Kurpatienten, etwa im Zuge von Replikationsstudien, abzuleiten. Sie könnten u.a. in bezug auf die kurerfolgsrelevanten Kriterien, z.B. auf (eher) "objektive" Kennwerte wie Körpergewicht oder krankheitsbedingte Fehlzeiten, entwickelt werden. Für die Hypostasierung von unabhängigen Variablen könnten sich aus den im Rahmen der vorliegenden Studie ermittelten Prädiktoren Hinweise ergeben (z.B. verschiedene belastungsrelevante Kennwerte).

Band 2

Anhang

Anhang I Tabellen

Tabelle Nr.	Kurzbezeichnung unter jeweiliger Nennung der Stichprobe(n)	Seite
Tab. 1	Statistische Grundauswertung für die Variablen der gesamten, der männlichen und weiblichen Stichprobe der LVA-Kurpatienten	1
Tab. 2	Statistische Grundauswertung für Variablen weiterer Untergruppen der LVA-Kurpatienten	19
Tab. 3	Statistische Grundauswertung für Variablen weiterer Untergruppen der LVA-Kurpatienten	26
Tab. 4	Statistische Grundauswertung für Variablen weiterer Untergruppen der LVA-Kurpatienten sowie der Vergleichsgruppe	33
Tab. 5	Faktorenanalyse zum Anamnestischen Erhebungsbogen Version 1 (LVA-Kurpatienten)	34
Tab. 6	Faktorenanalyse zum Anamnestischen Erhebungsbogen Version 2 (LVA-Kurpatienten)	35
Tab. 7	Faktorenanalyse zum Katamnestischen Erhebungsbogen (LVA-Kurpatienten)	36
Tab. 8	Faktorenanalyse zum Psychologischen Interview (LVA-Kurpatienten)	37
Tab. 9	Faktorenanalyse zum Fragebogen Einstellung zur Kur EzK (LVA- und BfA-Kurpatienten)	38
Tab. 10	Faktorenanalyse zum Fragebogen Beurteilung der Kur BdK (LVA- und BfA-Kurpatienten)	39
Tab. 11	Faktorenanalyse zum Fragebogen zur Erfassung subjektiver Krankheitskonzepte und Behandlungsvorstellungen KKB (LVA- und BfA-Kurpatienten)	39
Tab. 12	Faktorenanalyse zum Fragebogen Hypochondrie und Gesundheitsverhalten HG (LVA-Kurpatienten)	40
Tab. 13	Faktorenanalyse zum Fragebogen zur Erfassung subjektiver psychosozialer Belastungen im Zusammenhang mit Ehe, Familie und Beruf BFB (LVA- und BfA-Kurpatienten)	40
Tab. 14	Faktorenanalyse zum Fragebogen zur Einschätzung der Patienten durch den Gruppenarzt und die Gruppenbetreuerin (Arzt- und Betreuerin-Rating) (LVA-Kurpatienten)	41

Tabelle Nr.	Kurzbezeichnung unter jeweiliger Nennung der Stichprobe(n)	Seite
Tab. 15	Itemanalyse zum Psychologischen Interview (LVA-Kurpatienten)	42
Tab. 16	Itemanalyse zum Fragebogen Einstellung zur Kur EzK und zum Fragebogen Beurteilung der Kur BdK (LVA-Kurpatienten)	42
Tab. 17	Itemanalyse zur Freiburger Beschwerdenliste FBL (LVA-Kurpatienten)	43
Tab. 18	Itemanalyse zum Fragebogen zur Erfassung subjektiver Krankheitskonzepte und Behandlungsvorstellungen KKB (LVA-Kurpatienten	44
Tab. 19	Itemanalyse zum Fragebogen Hypochondrie und Gesundheitsverhalten HG (LVA-Kurpatienten)	44
Tab. 20	Itemanalyse zum Fragebogen Adjektivskalen zur Einschätzung der Stimmung SES (LVA-Kurpatienten)	44
Tab. 21	Itemanalyse zum Fragebogen zur Erfassung subjektiver psychosozialer Belastungen im Zusammenhang mit Ehe, Familie und Beruf BFB (LVA-Kurpatienten)	45
Tab. 22	Itemanalyse zum Fragebogen zur Einschätzung der Patienten durch den Gruppenarzt und die Gruppenbetreuerin (Arzt- und Betreuerin-Rating) (LVA-Kurpatienten)	45
Tab. 23	Antwortverteilungen und Gruppenunterschiede (Chi-Quadrat) in verschiedenen, besonders nach Gesichtspunkten der qualitativen oder dichotomen Stufung, der nicht hinreichend gegebenen Normalverteilung und/oder der geringen Besetzungshäufigkeit ausgewählten Variablen (LVA-Kurpatienten)	46
Tab. 24	Antwortverteilungen und Gruppenunterschiede (Chi-Quadrat) sowie mehrfaktorielle Varianzanalyse (Teilnehmer/Nichtteilnehmer an der katamnestischen Untersuchung-Geschlecht-Kinderzahl-Kurwiederholung) zum Vergleich von Teilnehmern und Nichtteilnehmern an der katamnestischen Untersuchung	80
Tab. 25	Mehrfaktorielle Varianzanalyse (Geschlecht-Altersgruppe) für metrische Variablen der LVA-Kurpatienten	82
Tab. 26	Mehrfaktorielle Varianzanalyse (Geschlecht-Altersgruppe-Kurwiederholung-Belastungsrating - zusätzliche psychologische Behandlung) zu metrischen Variablen der LVA-Kurpatienten	86

Tabelle Nr.	Kurzbezeichnung unter jeweiliger Nennung der Stichprobe(n)	Seite
Tab. 27	Mehrfaktorielle Varianzanalyse (Geschlecht-Altersgruppe-Kurgruppenzugehörigkeit-Berufsausbildung-Berufstätigkeit sowie Geschlecht-Altersgruppe-Kurgruppenzugehörigkeit-Belastungsrating-Hauptdiagnose) zu Variablen des Fragebogens zur Einschätzung der Patienten durch den Gruppenarzt und die Gruppenbetreuerin (Arzt- und Betreuerin-Rating) (LVA-Kurpatienten)	93
Tab. 28	Mehrfaktorielle Varianzanalyse (Geschlecht-Altersgruppe-Familienstand-Kinderzahl-zusätzliche psychologische Behandlung) zu Variablen des Fragebogens Einstellung zur Kur EzK und Beurteilung der Kur BdK sowie zur katamnestischen Kurbeurteilung und zu Variablen des Fragebogens zur Erfassung subjektiver psychosozialer Belastungen im Zusammenhang mit Ehe, Familie und Beruf BFB (LVA-Kurpatienten)	94
Tab. 29	Mehrfaktorielle Varianzanzanalyse zu ausgewählten metrischen Variablen der LVA-Kurpatienten-Stichprobe (Geschlecht-Altersgruppe-Berufsausbildung-Berufstätigkeit-zusätzliche psychologische Behandlung)	95
Tab. 30	Interkorrelationen der Variablen der psychologischen Fragebogen (LVA-Kurpatienten)	101
Tab. 31	Interkorrelationen zwischen Variablen des Anamnestischen Erhebungsbogens, des Katamnestischen Erhebungsbogens und des Psychologischen Interviews sowie medizinischen Variablen einerseits und Variablen der psychologischen Fragebogen andererseits (LVA-Kurpatienten)	112
Tab. 32	Interkorrelationen zwischen gruppeneinteilungsrelevanten Merkmalen (LVA-Kurpatienten)	132
Tab. 33	Interkorrelationen zwischen der dichotomisierten Variable der zusätzlichen psychologischen Behandlung und anderen Variablen sowie zwischen der Zahl der Behandlungssitzungen im Rahmen dieser Behandlung und anderen Variablen (LVA-Kurpatienten)	132
Tab. 34	Antwortverteilungen und Gruppenunterschiede (Chi-Quadrat) sowie einfaktorielle und mehrfaktorielle Varianzanalysen zum interindividuellen Vergleich zwischen der Stichprobe der LVA-Kurpatienten und der Vergleichsgruppe (Zugehörigkeit zur LVA-Kurpatienten-Stichprobe oder Vergleichsgruppe sowie dasselbe-Geschlecht-Altersgruppe; dasselbe-Geschlecht-Altersgruppe-Berufsausbildung) in vergleichbaren metrischen Variablen	134

Tabelle Nr.	Kurzbezeichnung unter jeweiliger Nennung der Stichprobe(n)	Seite
Tab. 35	Faktorenanalysen zu Variablen der psychologischen Fragebogen an T1, an T2 sowie an T3 (LVA-Kurpatienten)	141
Tab. 36	Faktorenanalyse zu Variablen der psychologischen Fragebogen an T1, einschließlich der Variablen des Fragebogens Einstellung zur Kur EzK und des Psychologischen Interviews (LVA-Kurpatienten)	143
Tab. 37	Faktorenanalyse zu Variablen der psychologischen Fragebogen an T2, einschließlich der Variablen des FragebogensBeurteilung der Kur BdK und des Arzt- und Betreuerin-Ratings (LVA-Kurpatienten)	144
Tab. 38	Faktorenanalysen zu Variablen der psychologischen Fragebogen an T1 sowie T2 (Stichprobe der LVA-Kurpatienten und Vergleichsgruppe)	143 144
Tab. 39	Faktorenanalyse zu Variablen des Anamnestischen Erhebungsbogens, des Psychologischen Interviews, der psychologischen Fragebogen und zu medizinischen Variablen, basierend auf Erhebungen an T1 (LVA-Kurpatienten)	145
Tab. 40	Faktorenanalyse zu Variablen des Katamnestischen Erhebungsbogens und der psychologischen Fragebogen, basierend auf Erhebungen zu T3 (LVA-Kurpatienten)	147
Tab. 41	Mehrfaktorielle Varianzanalysen zu den Variablen des Fragebogens zur Erfassung subjektiver psychosozialer Belastungen im Zusammenhang mit Ehe, Familie und Beruf BFB in Abhängigkeit von besonderen Lebensereignissen (life-events) der LVA-Kurpatienten (Lebensereignisse-Geschlecht-Altersgruppe-zusätzliche psychologische Behandlung)	149
Tab. 42	t-Test für abhängige Stichproben zur Prüfung des Mittelwertunterschiedes in den metrischen Variablen der gesamten Stichprobe der LVA-Kurpatienten zwischen T1 und T2, T1 und T3	150
Tab. 43	t-Test für abhängige Stichproben zur Prüfung des Mittelwertunterschiedes in den metrischen Variablen der männlichen Stichprobe der LVA-Kurpatienten zwischen T1 und T2, T1 und T3	154

Tabelle Nr.	Kurzbezeichnung unter jeweiliger Nennung der Stichprobe(n)	Seite
Tab. 44	t-Test für abhängige Stichproben zur Prüfung des Mittelwertunterschiedes in den metrischen Variablen der weiblichen Stichprobe der LVA-Kurpatienten zwischen T1 und T2, T1 und T3	158
Tab. 45	t-Test für abhängige Stichproben zur Prüfung des Mittelwertunterschiedes in den metrischen psychologischen Variablen der gesamten Vergleichsgruppe zwischen T1 und T2	162
Tab. 46	t-Test für abhängige Stichproben zur Prüfung des Mittelwertunterschiedes in den metrischen psychologischen Variablen der Männer der Vergleichsgruppe zwischen T1 und T2	163
Tab. 47	t-Test für abhängige Stichproben zur Prüfung des Mittelwertunterschiedes in den metrischen psychologischen Variablen der Frauen der Vergleichsgruppe zwischen T1 und T2	164
Tab. 48	Antwortverteilungen und Gruppenunterschiede (Chi-Quadrat) in verschiedenen, besonders nach Gesichtspunkten der qualitativen oder dichotomen Stufung, der nicht hinreichend gegebenen Normalverteilung oder/und der geringen Besetzungshäufigkeit ausgewählten Variablen der Gruppe(n) der zusätzlich psychologisch behandelten LVA-Kurpatienten und der Gruppe der parallelisierten LVA-Kurpatienten ohne zusätzliche psychologische Behandlung	166
Tab. 49	t-Test für unabhängige Stichproben zum Mittelwertvergleich zwischen der Gruppe der zusätzlich psychologisch behandelten LVA-Kurpatienten und der Parallelgruppe der nicht dementsprechend behandelten LVA-Kurpatienten in metrischen Variablen	172
Tab. 50	t-Test für abhängige Stichproben zur Prüfung des Mittelwertunterschiedes in den metrischen Variablen der gesamten, der männlichen und der weiblichen Gruppe der LVA-Kurpatienten mit zusätzlicher psychologischer Behandlung zwischen T1 und T2, T1 und T3	177

Tabelle Nr.	Kurzbezeichnung unter jeweiliger Nennung der Stichprobe(n)	Seite
Tab. 51	t-Test für abhängige Stichproben zur Prüfung des Mittelwertunterschiedes in den metrischen Variablen der LVA-Kurpatienten mit zusätzlicher psychologischer Behandlung, aufgeteilt nach der vorherrschenden Behandlungsmethode, zwischen T1 und T2, T1 und T3	185
Tab. 52	t-Test für abhängige Stichproben zur Prüfung des Mittelwertunterschiedes in den metrischen Variablen der Gruppe der parallesierten LVA-Kurpatienten (zur Gruppe der LVA-Kurpatienten mit zusätzlicher psychologischer Behandlung) ohne zusätzliche psychologische Behandlung	191
Tab. 53	Antwortverteilungen und Gruppenunterschiede (Chi-Quadrat) in verschiedenen, besonders nach Gesichtspunkten der qualitativen oder dichotomen Stufung, der nicht hinreichend gegebenen Normalverteilung oder/und der geringen Besetzungshäufigkeit ausgewählten Variablen der LVA-Kurpatienten und der BfA-Kurpatienten mit jeweils zusätzlicher psychologischer Behandlung	195
Tab. 54	Mehrfaktorielle Varianzanalyse zum Vergleich zwischen zusätzlich psychologisch behandelten LVA- und BfA-Kurpatienten (Zugehörigkeit zur zusätzlich psychologisch behandelten LVA- oder BfA-Gruppe-Geschlecht-Berufsausbildung-Berufstätigkeit-vorherrschende Behandlungsmethode)	200
Tab. 55	t-Test für abhängige Stichproben zur Prüfung des Mittelwertunterschiedes in den metrischen Variablen der gesamten, der männlichen und der weiblichen Stichprobe der BfA-Kurpatienten mit zusätzlicher psychologischer Behandlung zwischen T1 und T2, T1 und T3	209
Tab. 56	t-Test für abhängige Stichproben zur Prüfung des Mittelwertunterschiedes in den metrischen Variablen der drei Vergleichsgruppen der BfA-Kurpatienten mit zusätzlicher psychologischer Behandlung (gesprächstherapeutische Behandlung, kombinierte Behandlung, verhaltenstherapeutische Behandlung) zwischen T1 und T2, T1 und T3	215
Tab. 57	Multiple Regressionen zu metrischen Variablen in Abhängigkeit von einzelnen Variablen (Prädiktoren) sowie zu Differenzwerten zwischen T1 und T2, T1 und T3 in metrischen Variablen in Abhängigkeit von einfachen und komplexen Prädiktorvariablen	222

Anhang II Fragebogen, Tests, Formblätter (zur Ablochung bzw. Polung siehe Grundauswertungstabelle 1)

Kurzkennzeichnung	Titel	Seite
A1	Anamnestischer Erhebungsbogen	234
A2a	Begleitschreiben zur katamnestischen Untersuchung	237
A2b	Katamnestischer Erhebungsbogen	238
A2c	Erinnerungsschreiben	242
A3	Psychologisches Interview	243
A4	Fragebogen Einstellung zur Kur EzK	245
A5	Fragebogen Beurteilung der Kur BdK	247
A6	Fragebogen zur Erfassung subjektiver Krankheitskonzepte und Behandlungsvorstellungen KKB	249
A7	Fragebogen Hypochondrie und Gesundheitsverhalten HG	250
A8	Freiburger Persönlichkeits-Inventar FPI	251
A9	Buchinger Persönlichkeits-Inventar BPI	254
A10	Freiburger Beschwerdenliste FBL	258
A11	Adjektiv-Skalen zur Einschätzung der Stimmung SES	259
A12	Fragebogen zur Erfassung subjektiver psychosozialer Belastungen im Zusammenhang mit Ehe, Familie und Beruf BFB	260
A13	Einschätzung der Patienten durch den Gruppenarzt und die Gruppenbetreuerin (Arzt- und Betreuerin-Rating)	262

Literatur 264

Tab. 1: Gesamtvariablenliste 1., 2. und 3. Termin (Anfang und Ende der Kur, Halbjahreskatamnese)
Statistische Grundauswertung für die gesamte, die männliche und die weibliche Stichprobe der LVA-Kurpatienten.
Darstellung von 1. Stichprobenumfang (N), 2. Mittelwert (M), 3. Standardabweichung (s), 4. Exzeß (Exz), 5. Schiefe (Sch), 6. Abweichung von der Normalverteilung (NV) nicht signifikant gegeben (+). Angabe von 1. bis 5. für die gesamten sowie die männlichen und weiblichen LVA-Kurpatienten, Angabe von 6. nur für die gesamte Stichprobe der LVA-Kurpatienten

Nr. der Variable	Variable	Abkürzung	Skalen	Polung	Nacheinander die Kennwerte für die gesamte Stichprobe der LVA-Kurpatienten (+ nur hier angegeben) die männliche Stichprobe der LVA-Kurpatienten die weibliche Stichprobe der LVA-Kurpatienten						absolute Häufigkeiten					
					N	M	s	Exz	Sch	NV	1	2	3	4	5	6
Anamnestischer Erhebungsbogen (1. Termin, Kuranfang)																
1	Alter	Alt.	30-50	Anzahl	180	39.42	5.64	-.90	.11	+						
			30-50	Jahre	131	39.71	6.03	-1.06	.05							
			30-47		49	38.63	4.36	-.74	.02							
2	Altersgruppe	Alt.-Gr.	1-2	1=30-40 J.	180	1.43	.50	-1.92	.29		103	77				
				2=41-50 J.	131	1.47	.50	-1.99	.11		69	62				
					49	1.31	.47	-1.33	.83		34	15				
3	Geschlecht	Geschl.	1-2	1=männl.	180	1.27	.47	-.96	1.02		131	49				
				2=weibl.	131											
					49											
4	Wohnort	Wohno.	1-3	1=Dorf	177	1.77	.81	-1.36	.43		83	51	43			
				2=Kleinst.	129	1.74	.80	-1.28	.49		62	38	29			
				3=Großst.	48	1.85	.85	-1.56	.28		21	13	14			
5	Familienstand	Fam.-St.	1-5	1=led.,2=	180	2.11	.82	7.38	2.66		16	152	0	0	12	
				verh.,3=	131	1.99	.61	15.41	3.20		13	114	0	0	4	
				verww.,4=	49	2.43	1.18	1.01	1.60		3	38	0	0	8	
				getr. leb.,												
				5=gesch.												
6	Ehepartner berufstätig	Ehep. ber.-tät.	1-2	1=ja												
				2=nein	149	1.42	.50	-1.91	.31		86	63				
					113	1.53	.50	-1.99	-.12		53	60				
					36	1.08	.28	6.81	2.97		33	3				
7	Zahl der Kinder	Z.d.Ki.	0-10	Anzahl	180	1.90	1.42	4.93	1.33	+						
			0-10		131	1.96	1.53	4.68	1.42							
			0-3		49	1.71	1.06	-1.25	-.19							
8	Nettoverdienst	Nettoverd.	1-6	DM 1=bis 500	169	3.12	1.02	-.35	-.18	+	12	29	68	46	14	0
				2=bis1000	126	3.48	.81	.32	-.12		2	7	58	46	13	0
				3=bis1500							10	22	10	0	1	0
				4=bis2000												
				5=bis3000												
				6=über 3000												
9	Volksschule	Volkssch.	1-2		177	1.12	.33	3.15	2.27		155	22				
					129	1.12	.32	3.67	2.38		114	15				
					48	1.15	.36	1.92	1.99		41	7				
10	Mittelschule	MS	1-2		5	1.00	.00				5					
					4	1.00	.00				4					
					1	1.00	.00				1					
11	Berufsfachschule	Ber.-Fachsch.	1-2	1=mit	27	1.00	.00				27					
				Abschl.	22	1.00	.00				22					
				2=ohne	5	1.00	.00				5					
				Abschl.												
12	Höhere Schule	HS	1-2		1	1.00	.00				1					
					1						1					
					0						0					
13	Fachhochschule	FHS	1-2		2	1.00	.00				2					
					2	1.00	.00				2					
					0						0					
14	Universität	Univ.	1-2		0											
					0											
					0											
15	Abgeschlossene Berufsausbildung	Abg.Ber.-Ausb.	1-2	1=ja	178	1.38	.49	1.75	.50		111	67				
				2=nein	130	1.25	.43	-.63	1.17		98	32				
					48	1.73	.06	-.98	-1.02		13	35				
16	Berufliche Tätigkeit	Ber.-Tät.	1-12	1=Einf.	178	2.09	1.86	8.08	2.76		85	65	7	4	7	[illegible]
				Arbeiter,	130	2.16	1.58	5.15	2.27		47	61	5	4	7	1
					48	1.90	2.47	7.36	2.94		38	4	2	0	0	0
				2=Spezial-u.Facharbeiter, 3=Vorarbeit.,4Meister, 5=Beamt.,Angest., 6=Höh.Beamt., leit. Angest., 7=Freier Ber., Leit. v. Unt., 8=Selbst.Gewerbetreib.,Landw., 9=Hausfrau, 10=Schül.,Lehrl., 11=Rentner, 12=ohne Beruf						7	8	9	10	11	12
											0	5	3	0	0	1
											0	5	0	0	0	0
											0	0	3	0	0	1

Fortsetzung Tabelle 1:

					N	M	s	Exz	Sch	NV	absolute Häufigkeiten 1	2	3	4	5	6
17	Zahl der bish. Arbeits-Plätze	Z.bish. Arb.-Pl.	1-20 1-20 1-8	Anzahl	178 130 48	3.78 3.99 3.20	2.46 2.66 -.67	10.14 9.15 .19	2.30 2.26 .84							
18	Arbeitsplatzwechsel, weil Arb. zu schwer oder anstrengend	Arb.z. schwer	1-2	1=ja 2=nein	158 115 43	1.61 1.60 1.63	.49 .49 .49	-1.81 -1.84 -1.75	-.44 -.41 -.52		62 46 16	96 69 27				
19	Arbeitsplatzwechsel, weil Arb. nicht befriedigend	Arb. nicht befried.	1-2	1=ja 2=nein	158 115 43	1.53 1.50 1.60	.50 .50 .49	-1.99 -2.00 -1.84	-.13 -.02 -.43		74 57 17	84 58 26				
20	Arbeitsplatzwechsel, weil nicht genug verdient	nicht gen. verd.	1-2	1=ja 2=nein	154 112 42	1.32 1.20 1.62	.47 .41 .49	-1.40 .10 -1.79	.78 1.45 -.48		105 89 16	49 23 26				
21	Arbeitsplatzwechsel, weil entlassen	entlass.	1-2	1=ja 2=nein	150 109 41	1.67 1.63 1.76	.47 .48 .43	-1.51 -1.70 - .64	-.70 -.55 -1.18		50 40 10	100 69 31				
22	Berufstätigkeit bis unmittelbar vor der Kur	Ber.-Tät. vor Kur	1-2	1=ja 2=nein	178 130 48	1.12 1.08 1.23	.33 .28 .42	3.20 6.83 -.39	2.28 2.97 1.27		156 119 37	22 11 11				
23	Krankmeldung bis unmittelbar vor der Kur	Krankm. vor Kur	1-2	1=ja 2=nein	18 10 8	1.44 1.50 1.37	.51 .53 .52	-2.00 -2.10 -1.90	.22 .00 .48	+	10 5 5	8 5 3				
24	Dauer der Krankmeldung	Dauer Krankm.	3-36 3-16 5-36	Anzahl Wochen	9 5 4	10.22 6.40 15.00	10.67 5.50 14.44	1.34 -.60 -1.38	1.65 1.19 .83	+						
25	Arbeitslosigkeit bis unmittelbar vor der Kur	Arb.l. vor Kur	1-2	1=ja 2=nein	17 9 8	1.35 1.33 1.37	.49 .50 .52	-1.70 -1.68 -1.89	.60 .66 .27	+	11 6 5	6 3 3				
26	Dauer der Arbeitslosigkeit	Dauer Arb.l.	1-52 1-18 1-52	Anzahl Wochen	12 6 6	19.08 8.17 30.00	18.31 7.08 20.04	-.81 -1.68 -1.58	.79 .50 .12	+						
27	Art der Berufsbeanspruchung	Ber.-Beanspr.	1-3	1=geist. 2=körp. 3=beides	172 130 42	2.38 2.46 2.14	.61 .65 .42	-.70 -.45 1.42	-.46 -.79 .94		12 11 1	82 48 34	78 71 7			
28	Körperhaltung bei Berufsstätigkeit	Ber.Körperh.	1-3	1=sitzend 2=stehend 3=laufend	174 128 46	1.87 1.88 1.83	.71 .67 .82	-1.03 -.80 -1.46	.20 .14 .32		57 37 20	83 69 14	34 22 12			
29	Arbeitszeit	Arb.-Zt.	1-4	1=stundenw. 2=halbtags 3=8St./T. 4=üb.8St./T.	172 128 44	3.23 3.37 2.93	.60 .54 .66	1.95 1.08 1.80	-.62 -.24 -.90		3 1 2	61 1 5	11 80 31	52 46 6		
30	Schichtarbeit	Schicht	1-2	1=ja 2=nein	175 130 45	1.81 1.80 1.82	.40 .40 .39	.37 .22 .76	-1.54 -1.49 -1.67		34 26 8	141 104 37				
31	Art der Schichtarbeit	Art der Schicht	1-4	1=Frühsch. 2=Spätsch. 3=Nachtsch. 4=Früh- u.Spätsch. 5=Früh-, Spät-u. Nachtsch.	34 25 9	3.63 3.96 2.62	1.54 1.57 .92	-1.36 -.87 -.78	-.51 -.97 -.37	+	4 3 1	6 4 2	4 0 4	4 2 2	1 1 0	6 6 0
32	Am Arbeitsplatz körperlichen oder äußerlichen Belastungen ausgesetzt	Körp. äuß.Bel.	1-2	1=ja 2=nein	177 129 48	1.21 1.19 1.27	.41 .39 .45	-.08 .37 -.98	1.37 1.54 1.02		139 104 35	38 25 13				
33	Ausübung von Nebentätigkeiten	Neb.-Tät.	1-2	1=ja 2=nein	177 130 47	1.76 1.75 1.79	.43 .44 .41	-.58 -.74 -.09	-1.20 -1.13 -1.39		43 33 10	134 97 37				
34	Zahl der zur Erholung genutzten Urlaubstage	Z.d.z. Erhol. gen.Url.-T.	0-42 0-42 0-35	Anzahl Tage	177 130 47	16.07 16.00 16.30	11.09 11.16 11.03	-.68 -.56 -1.04	.16 .17 .12	+						
35	Absicht, Rentenantrag zu stellen	Abs. Rent.-Antr.	1-3	1=ja 2=nein 3=unentschieden	178 130 48	2.02 2.04 1.98	.28 .29 .25	9.52 8.41 12.49	.78 1.20 -1.08		5 3 2	164 119 45	9 8 1			
36	Häufigkeit der Krankmeldungen in den letzten 2 Jahren	Häufigk.d. Krankm. l. 2 J.	0-10 0-10 0-10	Anzahl	178 130 48	2.06 2.03 2.15	1.68 1.03 1.82	3.67 2.60 5.09	1.47 1.29 1.76	+						

Fortsetzung Tabelle 1:

					N	M	s	Exz	Sch	NV	absolute Häufigkeiten 1	2	3	4	5	6
37	Dauer der Krankmeldungen in den letzten 2 Jahren	Dauer d. Krankm. 1. 2 J.	0-50	Anzahl Wochen	178	6.46	7.24	8.93	2.44							
			0-32		130	5.68	5.93	4.17	1.80							
			0-50		48	8.56	9.75	6.10	2.25							
38	Volksschulbesuch des Vaters	VS Vater	1-2		172	1.14	.35	2.30	2.07		148	24				
					124	1.11	.42	3.93	2.46		110	14				
					48	1.21	.41	1.00	1.42		38	10				
39	Mittelschulbesuch des Vaters	MS Vater	1-2		1	1.00	.00				1					
					1	1.00	.00				1					
					0											
40	Berufsfachschulbesuch des Vaters	Ber.Fachsch. Vater		1= mit Abschl. 2= ohne Abschl.	12	1.00	.00				12					
					12	1.00	.00				12					
					0											
41	Höherer Schulbesuch des Vaters	HS Vater	1-2		1	1.00	.00				1					
					1	1.00	.00				1					
					0											
42	Fachhochschulbesuch des Vaters	FHS Vater	1-2		0						0					
43	Universitätsbesuch des Vaters	Uni.Vater	1-2		0						0					
44	Abgeschlossene Berufsausbildung des Vaters	Abg. Ber.-Ausb. Vater	1-2		177	1.44	.50	-1.95	.24	+	99	78				
					129	1.43	.50	-1.92	.29		74	55				
					48	1.48	.50	-2.01	.08		25	23				
45	Zahl der Geschwister	Z.d. Geschw.	0-9	Anzahl	176	2.70	2.34	-.04	.88	+						
			0-9		129	2.81	2.29	-.09	.84							
			0-9		48	1.10	.31	4.55	2.56							
46	Aufgewachsen in eigener Familie	Aufgew. Fam.	1-2		178	1.08	.28	6.90	2.98		163	15				
					130	1.08	.27	8.00	3.16		120	10				
					48	1.10	.31	4.56	2.56		43	5				
47	Aufgewachsen ohne Vater	Aufgew. o.Vater	1-2		176	1.75	.43	-.68	-1.15		44	132				
					129	1.80	.40	.19	-1.48		26	103				
					47	1.62	.49	-1.79	.48		18	29				
48	Aufgewachsen ohne Mutter	Aufgew. o.Mutter	1-2		178	1.90	.29	5.52	-2.74		17	161				
					130	1.90	.29	5.86	-2.81		12	118				
					48	1.90	.31	4.56	-2.56		5	43				
49	Unehelichkeit	Unehel.	1-2	1=ja 2=nein	176	1.95	.22	14.51	-4.06		9	167				
					129	1.95	.23	13.36	-3.92		7	122				
					47	1.96	.20	18.09	-4.48		2	45				
50	Aufgewachsen ohne Eltern	Aufgew. o. Eltern	1-2		176	1.94	.24	10.99	-3.60		11	165				
					128	1.94	.22	13.21	-3.90		7	121				
					48	1.92	.28	6.88	-2.98		4	44				
51	Aufgewachsen bei Verwandten	Aufgew. bei Verw.	1-2		178	1.88	.32	3.57	-2.36		21	157				
					130	1.90	.30	5.05	-2.66		13	117				
					48	1.83	.38	1.12	-1.77		8	40				
52	Aufgewachsen im Heim	Aufgew. im Heim	1-2		175	1.97	.17	29.84	-5.64		5	170				
					127	1.99	.09	121.02	-11.09		1	126				
					48	1.92	.28	6.88	-2.98		4	44				
53	Wo aufgewachsen	Wo aufgew.	1-3	1=Dorf 2=Kleinstadt 3=Großst.	176	1.41	.68	.43	1.35		122	35	19			
					129	1.46	.70	.02	1.21		86	27	16			
					47	1.30	.59	2.03	1.79		36	8	3			
54	Zahl der durchschnittlich zur Erholung genutzten Stunden pro Tag	St.Erhol./T.	0-5	Anzahl Stunden	175	1.93	1.33	-.09	.80	+						
			0-5		127	2.23	1.48	-.04	.77							
			0-5		48	1.60	1.30	.16	.70							
55	Art der überwiegenden Freizeitgestaltung	Überw. Freiz.-Gest.	1-2	1=überw. durch körperl., 2=überw. d.sonst. Bet.	175	1.37	.48	-1.70	.56		111	64				
					128	1.25	.44	-.79	1.10		95	33				
					47	1.66	.48	-1.58	-.66		16	31				
56	Erholungsgefühl nach freiem Wochenende	Erhol.-Gef. n. Wochene.	1-2	1=ja 2=nein	177	1.41	.49	-1.86	.38		105	72				
					129	1.36	.48	-1.65	.60		83	46				
					48	1.54	.50	-1.99	-.16		22	26				
57	Erholungsgefühl nach Urlaub	Erhol.-Gef. n.Url.	1-2	1=ja 2=nein	177	1.27	.45	-.95	1.03		129	48				
					129	1.24	.43	-.54	1.21		98	31				
					48	1.35	.48	1.66	.60		31	17				
58	Stunden Schlaf pro Nacht	St.Schlaf	4-10	Anzahl Stunden	175	7.16	1.24	-.08	-.34	+						
			4-10		127	7.17	1.24	-.11	-.28							
			4-9		48	7.12	1.26	-.64	-.49							

Fortsetzung Tabelle 1:

						N	M	s	Exz	Sch	NV	absolute Häufigkeiten 1	2	3	4	5	6
59	Am Morgen ausgeschlafen	Morg. ausge-schl.	1-2	1=ja 2=nein		177 129 48	1.50 1.44 1.65	.50 .50 .48	-2.00 -1.95 -1.66	.01 .23 -.60		89 72 17	88 57 31				
60	Schlaf-störungen	Schlaf-stör.	1-2	1=ja 2=nein		178 130 48	1.43 1.45 1.37	.50 .50 .49	-1.93 -1.97 -1.76	.27 .18 .51		101 71 30	77 59 18				
61	Regelmäßige warme Mahl-zeit	Warme Mahlz.	1-2	1=ja 2=nein		178 130 48	1.10 1.12 1.02	.29 .33 .14	5.52 3.22 42.06	2.74 2.29 6.64		161 114 47	17 16 1				
62	Kaffee-bzw. Teekonsum pro Tag	Kaffee-bzw. Teekons./ T.	0-8	0=0Tasse/ T., 1=1Ta./T., 2=2Ta./T., ..., 8≥8Ta./T.		178 130 48	2.13 2.07 2.29	2.07 2.14 1.89	1.34 1.52 .52	1.31 1.44 .84	+						
63	Bierkonsum pro Woche	Bier-kons./Wo.	0-8	0=0l./Wo., 1=1l./Wo., ...8≥8l./Wo.		178 130 48	3.92 4.82 1.45	3.13 2.95 2.10	-1.57 -1.31 1.57	.03 -.42 1.53	+						
64	Weinkonsum pro Woche	Wein-kons./Wo.	0-8	0=0l./Wo., 1=0.5l./Wo., 2=1l/Wo., ...,8≥4l./Wo.		178 130 48	.95 1.03 .75	1.47 1.55 2.36	6.78 6.26 6.60	2.42 2.34 2.36							
65	Konsum hoch-prozentiger Getränke pro Woche	Kons.hoch-proz. Getr./Wo.	0-16	0=0Schnaps-gl./Wo.,1= 1Schnapsgl. /Wo.,2=2" /Wo.,..., 16≥16"/Wo.		178 130 48	.88 .91 .79	2.20 2.03 2.10	22.23 23.54 18.01	4.06 4.09 3.33							
66	Rauchen	Rauch.	1-3	1=ja 2=nicht mehr 3=noch nie		178 130 48	2.16 2.06 2.42	.89 .89 .85	-1.66 -1.72 -1.01	-.31 -.12 -.90		58 47 11	34 28 6	86 55 31			
67	Jahre Rauchen	J.Rauch.	1-32 1-32 4-23	Anzahl Jahre		58 47 11	19.17 19.96 15.82	7.26 7.38 5.88	-.35 -.25 -.82	-.38 -.50 -.53	+						
68	Mit Rauchen aufgehört	Rauch. aufgeh.	0-25 0-25 0-11	Anzahl Jahre		34 288 6	7.87 7.84 8.00	6.05 6.59 3.27	.50 .08 -.58	1.05 1.04 -.98	+						
69	Jahre geraucht	J.ger.	2-32 2-32 4-18	Anzahl Jahre		34 28 6	13.99 14.61 10.83	8.70 9.07 6.64	-1.02 -1.17 -1.98	.34 .25 .05	+						
70	Rauchwaren Zigaretten/T.	Zigarett./ T.	1-70 1-65 3-70		Stück/T.	87 71 16	20.12 21.10 15.81	14.86 13.90 18.44	1.02 .29 2.84	1.22 .99 2.00	+						
71	Rauchwaren Zigarillos/T.	Zigarill./ T.	2-8 2-8			2 2 0	5.00 5.00	4.24 4.24	-2.50 -2.50	.00 .00	+						
72	Rauchwaren Zigarr./T.	Zigarr./ T.	1-7 1-7			3 3 0	3.33 3.33	3.21 3.21	-2.00 -2.00	.52 .52	+						
73	Rauchwaren Pfeifen/T.	Pfeif./ T.	2-4 2-4			3 3 0	3.00 3.00	1.00 1.00	-2.00 -2.00	.00 .00	+						
74	Schlaftabletten im letzten Jahr	Schlaf-tbl.i. l.J.	0-4			177 130 47	1.58 .47 .91	1.24 1.22 1.49	2.41 4.40 -.20	1.97 2.39 1.22							
75	Beruhigungs-tabletten im letzten Jahr	Beruh.-tbl. i.l.J.	0-4		o=nie 1=etwa 2/Jahr	177 130 47	1.05 1.21 1.94	1.77 1.72 1.85	-1.51 -1.20 -1.85	.59 .81 .05							
76	Schmerz-tabletten im letzten Jahr	Schmerz-tbl.i. l.J.	0-4		2=etwa 2/Mon.	177 130 47	1.24 1.13 1.55	1.35 1.38 1.23	-1.11 -.87 -1.36	.52 .74 -.09							
77	Aufputsch-tabletten im letzten Jahr	Aufputsch-tbl.i.l.J.	0-4		3=etwa 2/Wo.	177 130 47	.06 .05 .11	.46 .39 .60	62.39 82.20 35.20	7.84 8.94 5.99							
78	Abführmittel im letzten Jahr	Abführ-tbl. i.l.J.	0-4		4=fast tägl.	177 129 48	.63 .39 1.27	1.19 .92 1.57	1.69 5.26 -1.19	1.74 2.46 .67							
79	Sonstige Medi-kamente im letzten Jahr	Sonst. Medik. i.l.J.	0-4			177 131 46	1.65 1.64 1.67	1.84 1.82 1.92	-1.78 -1.76 -1.85	.32 .32 .32							
80	Zahl der bis-herigen Kran-kenhausaufent-halte	Z.bish. Krankenh.-aufenth.	0-9 0-8 0-9	Anzahl		178 130 48	2.72 2.34 3.75	2.10 1.82 2.45	.08 .87 -.87	.88 1.11 .21	+						
81	Zahl der bisherigen Operationen	Z.bish. Operat.	0-6 0-6 0-6	Anzahl		178 130 48	1.53 1.64 1.90	1.53 1.47 1.67	.76 1.05 .09	1.02 1.10 .80	+						
82	Zahl der bis-herigen Kur-aufenthalte	Z.bish. Kurauf-enth.	0-5	Anzahl		177 129 48	.40 .39 .42	.49 .49 .50	-1.84 -1.83 -1.90	.40 .42 .33							
83	Beurteilung der Lebensführung im letzten halben Jahr als gesund	Beurt. Leb.-Führ. ges.	1-2	1=ja 2=nein		178 130 48	1.38 1.35 1.46	.48 .48 .50	-1.77 -1.65 -1.99	.48 .61 .16		110 84 26	68 46 22				

Fortsetzung Tabelle 1:

Katamnestischer Erhebungsbogen
(3. Termin, Halbjahreskatamnese)

					N	M	s	Exz	Sch	NV	absolute Häufigkeiten 0	1	2	3	4	5
84	Kur in Buching von Nutzen	Nutz. d.Kur	1-4	1=gar nicht	139	3.16	.84	-.57	-.60	+		4	27	51	57	
					105	3.26	.56	-.62	-.59			1	17	41	46	
				2=etwas	34	2.85	.99	-1.11	-.27			3	10	10	11	
				3=ziemlich												
				4=sehr												
85	Wie lange hat Nutzen angehalten	Dauer Nutz.	1-4	1=gar n.	139	3.36	.82	.24	-1.06	+		4	18	41	76	
				2=etwa 4 Wo.	105	3.49	.72	1.30	-1.33			2	8	32	63	
					34	2.97	.97	-1.15	-.34			2	10	9	13	
				3=etwa 3 Mo.												
				4=bis heute												
86	Wie erfolgreich erscheint Kur im allgemeinen	Kurerf. allg.	1-4	1=gar n.	139	3.34	.67	-.01	-.67	+		1	12	64	62	
				2=etwas	105	3.38	.63	-.67	-.49			0	8	49	48	
				3=ziemlich	34	3.23	.78	.19	-.80			1	4	15	14	
				4=sehr												
87	Sollte Psychol. an Kurklinik arbeiten	Psych. Kurkl. arb.	1-2	1=ja	134	1.19	.39	.56	1.60			109	25			
				2=nein	102	1.21	.41	.09	1.45			81	21			
					32	1.12	.34	2.95	2.23			28	4			
	Welche der folgenden Maßnahmen beibehalten															
88	Morgengymnastik Häufigkeit	Morg.-gymn. Häufigk.	0-8	Anzahl/Wo.	135	1.76	2.38	-.05	1.14	+						
			0-7		103	1.92	2.45	-.37	1.02							
			0-7		32	1.22	2.07	1.25	1.61							
89	Morgengymnastik Dauer	Morg.-gymn. Dauer	0-60	Zahl d.	135	6.50	12.08	9.36	2.94							
			0-60	Minuten	103	6.49	11.69	10.70	3.11							
			0-60	durchschn.	32	6.50	13.46	6.00	2.50							
90	Wandern Häufigkeit	Wand. Häufigk.	0-11	Anzahl/Wo.	135	1.79	2.16	5.63	2.32							
			0-11		103	1.77	2.07	6.69	4.29							
			0-10		32	1.84	2.46	3.11	1.99							
91	Wandern Dauer	Wand. Dauer	0-300	Zahl d.	135	86.50	77.19	.47	.98	+						
			0-300	Minuten	103	95.63	80.08	.22	.89							
			0-190	durchschn.	32	57.12	59.02	.02	1.02							
92	Schwimmen Häufigkeit	Schwimm. Häufigk.	0-10	Anzahl/Wo.	135	.87	1.42	23.04	4.21							
			0-10		103	.88	1.30	22.01	3.80							
			0-10		32	.81	1.79	19.36	4.36							
93	Schwimmen Dauer	Schwimm. Dauer	0-180	Zahl d.	135	30.81	34.39	1.42	1.04							
			0-180	Minuten	103	33.25	36.23	1.29	1.03							
			0-60	durchschn.	32	22.97	26.67	1.60	.45							
94	Hautbürsten Häufigkeit	Hautbürst. Häufigk.	0-20	Anzahl/Wo.	135	1.62	2.72	14.38	3.05							
			0-20		103	1.64	2.87	15.08	3.23							
			0-7		32	1.56	2.23	.47	1.31							
95	Hautbürsten Dauer	Hautbürst. Dauer	0-100	Zahl d.	135	4.40	10.57	50.12	6.35							
			0-100	Minuten	103	4.67	11.77	41.72	5.94							
			0-20	durchschn.	32	3.53	5.07	1.89	1.56							
96	Entspannungsübungen Häufigkeit	Entspann. Häufigk.	0-30	Anzahl/Wo.	135	1.96	2.33	35.45	4.81							
			0-30		103	2.08	3.59	33.84	4.86							
			0-10		32	1.56	2.27	.12	1.22							
97	Entspannungsübungen Dauer	Entspann. Dauer	0-90	Zahl d.	135	10.63	17.77	7.44	2.65							
			0-85	Minuten	103	9.54	14.00	8.53	2.55							
			0-90	durchschn.	32	14.12	26.53	2.23	1.92							
98	Empfohlene Ernährungsweise beibehalten	Ernähr. beib.	1-4	1=gar nicht,	136	2.87	.85	-.95	-.11	+		5	44	51	36	
				...,4=sehr	103	2.87	.87	-.87	-.20			5	31	39	28	
					32	2.84	.79	-1.37	.27			0	13	14	8	
99	Psychologische Aussprache/Beratung hilfreich	Psych.Behandl. hilfr.	1-4	1=gar nicht,	22	2.91	.87	-1.65	.17	+		0	9	6	7	
				2=etwas,	14	2.78	.80	-1.36	.37			0	6	5	3	
				3=ziemlich,	8	3.12	.99	-1.94	-.23			0	3	1	4	
				4=sehr												
	Einzelaussagen psychol.Aussprache/Berat.															
100	fühle mich weniger gehetzt	wen.gehetzt	1-4	1=gar nicht,	22	1.96	.57	-.00	-.01	+		4	15	3	0	
				...,4=sehr	14	1.79	.58	-.45	-.02			4	9	1	0	
					8	2.25	.46	-.96	1.08			0	6	4	0	
101	weiß eher, was ich tun will und kann	weiß eher, was tun u. kann	1-4	1=gar nicht,	22	2.63	.73	-.34	-.10	+		1	8	11	9	
				...,4=sehr	14	2.43	.64	-.74	-.59			1	6	7	0	
					8	3.00	.76	-1.25	.00			0	2	4	2	
102	im Umgang mit anderen Menschen ruhiger	im Umgang m.a.Mensch. ruh.	1-4	1=gar nicht,	22	2.41	.50	1.91	.36	+		0	13	9	0	
				...,4=sehr	14	2.43	.51	-1.99	.28			0	8	6	0	
					8	2.37	.52	-1.89	.48			0	5	3	0	
103	irgendwie mehr Sinn im Leben	mehr Sinn	1-4	1=gar nicht,	22	2.77	.75	-1.16	.36	+		0	9	9	4	
				...,4=sehr	14	2.86	.77	-1.29	.23			0	5	6	3	
					8	2.63	.74	-1.02	.62			0	4	3	1	

Fortsetzung Tabelle 1 :

					N	M	s	Exz	Sch	NV	absolute Häufigkeiten 0	1	2	3	4	5
104	mehr Selbstvertrauen	mehr Selbstvertr.	1-4	1=gar nicht, ...,4=sehr	22	2.64	.73	-.90	.64	+		0	11	8	3	
					14	2.50	.65	-.47	.83			0	8	5	1	
					8	2.87	.83	-1.54	.20			0	3	3	2	
105	Nutzen durch psychol. Gespräche angehalten	Dauer Nutz. psychol. Gespr.	1-4	1=gar nicht 2=bis 4 Wo. 3=3 Monate 4=bis heute	22	3.45	.86	-.90	-.99	+		0	3	2	9	
					14	3.43	.85	-1.02	-.90			0	3	2	9	
					8	3.50	.93	-.96	1.08			0	2	0	6	
106	Zur Zeit arbeitslos	z.Zt.arb.l.	1-2	1=ja 2=nein	119	1.93	.34	13.82	.16			10	109			
					88	2.00	.26	40.50	3.80			2	86			
					31	1.74	.44	-.85	-1.08			8	23			
107	Nach Kur an gleicher Arbeitsstelle weitergearb.	n.Kur gl. Arb.-St.	1-2	1=ja 2=nein	117	1.08	.28	6.71	2.95			107	10			
					87	1.06	.23	12.28	3.78			82	5			
					30	1.17	.34	1.06	1.76			25	5			
108	Innerhalb Arbeitsstelle anderen Arbeitsplatz angenommen	n.Kur and. Arb.-Pl.	1-2	1=ja 2=nein	116	1.92	.27	7.88	-3.14			9	107			
					87	1.92	.27	7.39	-3.07			7	80			
					29	1.93	.26	9.14	-3.34			2	27			
	Wenn 107 oder 108 Ja:															
109	weil Arbeit zu schwer oder anstrengend	Arb.z. schwer	1-2	1=ja 2 = nein	21	1.67	.48	-1.57	-.69	+		7	14			
					11	1.64	.50	-1.80	-.54			4	7			
					10	1.70	.48	-1.41	-.82			3	7			
110	weil Arbeit nicht befriedigend	Arb.nicht befried.	1-2	1=ja 2=nein	20	1.75	.44	-.78	-1.12	+		5	15			
					10	1.60	.52	-1.95	-.39			4	6			
					10	1.90	.32	4.30	-2.53			1	9			
111	weil nicht genug verdient	nicht gen. verd.	1-2	1=ja 2=nein	20	1.80	.41	.08	-1.46			4	16			
					10	1.70	.48	-1.41	-.83			3	7			
					10	1.90	.32	4.30	-2.53			1	9			
112	sonstiges	sonst.	1-2	1=ja 2=nein	20	1.40	.50	-1.89	.40			12	8			
					10	1.40	.52	-1.95	.39			6	4			
					10	1.40	.52	-1.95	.38			6	4			
113	Dauer der Arbeitslosigkeit	Dauer d.Arb.l.	4-52 5-28	Anzahl Wochen	11	16.18	14.17	1.29	1.50	+						
					3	13.67	12.50	-2.00	.54							
					8	17.12	15.44	.86	1.48							
114	Art der Berufsbeanspruchung	Ber.-Beanspr.	1-3	1=geist. 2=körp. 3=beides	13	1.92	.86	-1.64	.14	+		5	4	4		
					9	1.78	.97	-1.80	.43			5	1	3		
					4	2.25	.50	-1.25	1.00			0	3	1		
115	Körperhaltung bei Berufstätigkeit	Ber. Körperh.	1-3	1=sitzend 2=stehend 3=laufend	13	1.31	.48	-1.44	.80	+		9	4	0		
					9	1.22	.44	-.52	1.26			7	2	0		
					4	1.50	.58	-2.25	.00			2	2	0		
116	Arbeitszeit	Arb.-Zt.	1-4	1=stundenweise, 2=halbtags, 3=8St. 4=üb.8 St./T.	13	3.23	.60	-.60	-.05	+		0	1	8	4	
					9	3.44	.53	-2.06	.21			0	0	5	4	
					4	2.75	.50	-1.25	-1.00			0	1	3	0	
117	Schichtarbeit	Schicht	1-2	1=ja 2=nein	13	1.92	.28	7.23	-3.05			1	12			
					9	2.00	.00					0	9			
					4	1.75	.50	-1.25	-1.00			1	3			
118	Art der Schichtarbeit	Art der Schicht	1-4	1=Frühsch. 2=Spätsch. 3=Nachtsch. 4=Früh-u. Spätsch. 5=Früh-, Spät-Nachtsch.	1	4.00						0	0	0	1	0
					0							0	0	0	0	0
					1	4.00						0	0	0	1	0
119	Am Arbeitsplatz körperl. oder äußeren Belastungen ausgesetzt	Körp. äuß.Bel.	1-2	1=ja 2 =nein	13	1.69	.48	-1.44	-.80	+		4	9			
					9	1.89	.33	3.33	-2.33			1	8			
					4	1.25	.50	-1.25	1.00			3	1			
120	Nettoverdienst	Nettoverd.	1-6	DM 1=bis 500 2=bis 1000 3=bis 1500 4=bis 2000 5=bis 3000 6=über 3000	13	3.07	1.32	-1.20	.30	+		1	4	4	1	3
					9	3.67	1.12	-1.56	.12			0	1	4	1	0
					4	1.75	.50	-1.25	-1.00			1	3	0	0	0
121	Ausübung von Nebentätigkeiten	Neb.-Tät.	1-2	1=ja 2=nein	137	1.75	.43	-.66	-1.16			34	103			
					105	1.76	.43	-.51	-1.22			25	80			
					32	1.72	.46	-1.11	-.96			9	23			
122	Häufigkeit der Krankmeldungen in letzten 6 Monaten	Häufigk. d.Krankm. l. 6 Mon.	0-2 0-2 0-2	Anzahl	139	.26	.54	2.96	1.99							
					105	.23	.50	3.70	2.13							
					34	.35	.64	1.09	1.57							

Fortsetzung Tabelle 1 :

					N	M	s	Exz	Sch	NV	absolute Häufigkeiten 0	1	2	3	4	5
123	Dauer der Krankmeldungen in letzten 6 Monaten	Dauer d. Krankm. 1. 6 Mon.	0-28 0-28 0-16	Anzahl Wochen	139 105 34	.89 .71 1.41	3.08 2.93 3.48	46.13 68.91 9.03	6.26 7.88 3.10							
124	Krankenhausaufenthalte in letzt.6 Monaten	Häufigk. Krankenh.-auf.1.6Mon.	0-2 0-2 0-2	Anzahl	139 105 34	.06 .02 .18	.29 .13 .52	29.78 47.04 6.52	5.39 7.00 2.91							
125	Rentenantrag gestellt	Rent.-Antr.gest.	1-2	1=ja 2=nein	137 105 32	1.99 2.00 1.97	.08 .00 .18	131.02 26.09	-11.53 -5.30			1 0 1	136 105 31			
126	Antrag genehmigt	Rent.-Antr. gen.	1-3	1=ja 2=nein 3=unentsch.	1 0 1									1 0 1		
127	Beurteilung des Gesundheitszustandes	Beurt. Ges.-Zust.	1-4	1=gar nicht, 2=etwas, 3=ziemlich, 4=sehr gesund	139 105 34	2.52 2.62 2.23	.70 .66 .78	-.19 .21 .73	-.52 -.65 -.04	+		12 6 6	47 32 15	75 63 12	5 4 1	
128	Zahl der durchschnittlich zur Erholung genutzten Stunden/Tag	St.Erhol./T.	0-8 0-8 0-6	Anzahl Stunden	139 105 34	2.05 2.14 1.76	1.23 1.25 1.13	3.63 3.63 3.63	1.47 1.38 1.85	+						
129	Art der überwiegenden Freizeitgestaltung	Überw. Freiz.-Gest.	1-2	1=überw. durch körperl.,2=überw. d. sonst.Bet.	139 105 34	1.26 1.20 1.47	.55 .40 .82	4.35 .22 7.62	2.00 1.49 2.52			106 84 22	31 21 12			
130	Stunden körperlicher Betätigung/Woche	St. körp. Bet./Wo.	1-5	1=bis 2St./Wo.,2=2-4 St./Wo.,3=5-7St./Wo., 4=8-10St./Wo., 5=üb.10St./Wo.	139 105 34	2.74 2.83 2.50	1.27 1.29 1.21	-.85 .32 -.22	.41 1.66 .71	+		23 16 7	45 33 12	35 25 10	16 15 1	20 16 4
131	Kaffee-bzw. Teekonsum pro Tag	Kaffee-bzw.Teekons./T.	0-8	0=0Tassen/T.,1=1Ta./T.,...,8≥8Ta./T.	139 105 34	2.23 2.14 2.50	1.55 1.58 1.44	.44 .59 .09	.76 .85 .54	+						
132	Bierkonsum pro Woche	Bierkons./Wo.	0-8	0=0l /Wo., 1=1l/Wo., ...,8≥8l/Wo.	139 105 34	2.69 3.32 .73	2.57 2.60 .99	-.65 -1.05 -.06	.76 .44 1.09	+						
133	Konsum hochprozentiger Getränke pro Woche	Kons. hochproz.Getr./Wo.	0-8	0=0Schnapsgl./Wo.,1=2Schna./Wo., ...,8≥16 Schna./Wo.	139 104 34	.43 .44 .38	.89 .89 .89	4.79 4.24 6.39	2.26 2.15 2.56							
134	Weinkonsum pro Woche	Weinkons./Wo.	0-8	0=0l/Wo.,1=0.5l/Wo., 2=1l/Wo., ...,8≥4l/Wo.	139 105 34	.69 .68 .72	.93 .94 .92	2.67 2.33 3.63	1.58 1.51 1.80							
135	Falls während Kur nicht geraucht,Rauchen inzwischen(wieder)aufgenomm.	Rauch. (wied.) aufgen.	1-2	1=ja 2=nein	101 74 27	1.96 1.96 1.96	.20 .20 .19	20.06 19.40 21.11	-4.70 -4.63 -4.81			4 3 1	97 71 26			
136	Wenn ja, wann begonnen zu rauchen	Rauch.begonn.Mon.	6-8 6-8 7	Nr. des Monats	4 3 1	7.00 7.00 7.00	.82 1.00	-1.50 -2.00	.00 .00	+						
137	Falls während der Kur geraucht,inzwischen beendet	Rauch. beend.	1-2	1=ja 2=nein	38 31 7	1.95 1.97 1.86	.23 .03 .38	13.61 25.10 1.43	-3.95 -5.21 -1.89			2 1 1	36 30 6			
138	Wenn ja, wann beendet	Rauch. beend. Mon.	7-11 11 7	Nr. des Monats	2 1 1	9.00 11.00 7.00	2.82	-2.50	.00	+						
139	Rauchwaren Zigaretten pro Tag	Zigarett./T.	0-30 0-30 5-30	Anzahl Zigarett./T.	40 33 7	13.60 14.18 10.86	8.32 8.79 5.18	-.69 -.85 -.90	.23 .08 .62	+						
140	Rauchwaren Zigarillos pro Tag	Zigarill./T.	0 0 0	Anzahl Zigarill./T.	40 33 7	.00 .00 .00										
141	Rauchwaren Zigarren pro Tag	Zigarr./T.	0-4 0-4 0	Anzahl Zigarr./T.	40 33 7	.15 .18 .00	.70 .77	21.74 17.00	4.73 4.23							
142	Rauchwaren Pfeifen pro Tag	Pfeif./T.	o-5 0-5 0	Anzahl Pfeif./T.	40 33 7	.25 .30 .00	1.10 1.21	14.60 11.12	4.07 3.63							
143	Schlaftabletten in letzten 6 Monaten	Schlaftbl. 1. 6 Mon.	0-4	0=nie 1=etwa 2/6 Mon.	139 105 34	.24 .25 .21	.78 .81 .69	10.03 9.95 8.14	3.28 3.27 3.10		126 95 31	0 0 0	8 6 2	3 2 1	2 2 0	
144	Beruhig.-tabletten in letzten 6 Monaten	Beruh.-tbl. 1 6 Mon.	0-4	2=etwa 2/Mon. 3=etwa 2/Wo.	139 105 34 139	.93 .68 1.71 1.06	1.53 1.34 1.80 1.36	-.47 .86 -1.82 -1.05	1.25 1.61 .19 .74		89 82 17 80	1 1 0 8	6 4 2 19	16 10 6 26	17 8 9 6	
145	Schmerztabletten in letzten 6 Monaten	Schmerztbl. 1. 6 Mon.	0-4	4=fast tägl.	105 34	.99 1.29	1.32 1.49	-.84 -1.55	.85 .43		62 18	7 1	15 4	17 9	4 2	

Fortsetzung Tabelle 1 :

					N	M	s	Exz	Sch	NV	absolute Häufigkeiten 0	1	2	3	4	5
146	Aufputsch-tabletten in letzten 6 Monaten	Auf-putschtbl. l.6 Mon.	0-4		130	.11	.56	33.52	5.70			133	1	3	0	2
					105	.05	.29	37.48	6.19			102	1	2	0	0
					34	.29	1.00	8.65	3.20			31	0	1	0	2
147	Abführtablet-ten in letzten 6 Monaten	Abführ-tbl.l.6 Mon.	0-4		139	.38	1.05	5.44	2.64			121	2	4	5	7
					105	.24	.85	11.51	3.58			96	2	1	3	3
					34	.82	1.47	.08	1.34			25	0	3	2	4
148	Sonstige Me-dikamente in letzten 6 Monaten	Sonst.Me-dik.l.6 Mon.	0-4		139	1.13	1.65	-1.04	.89			92	1	7	14	25
					105	1.01	1.59	-.73	1.05			73	1	4	11	16
					34	1.50	1.80	-1.65	.45			19	0	3	3	9
149	Hausarzt auf-gesucht in letzten 6 Monaten	Hausarzt - aufges.l.6 Mon.	0-25	Anzahl der Besuche in letzt.6.Mon.	139	2.35	3.44	13.95	3.16							
			0-14		105	1.96	2.82	6.33	2.42							
			0-25		34	3.56	4.76	9.97	2.93							
150	Facharzt auf-gesucht in letzten 6 Monaten	Facharzt aufges.l. 6 Mon.	0-20	Anzahl der Besuche in letzt.6 Mon.	138	.81	2.51	30.31	5.13							
			0-10		104	.42	1.30	29.12	4.92							
			0-20		34	2.00	4.35	7.96	2.91							
151	Psychol., Psychiat., Soz.-Arb. aufge-sucht in letz-ten 6 Monaten	Psychol. usw. auf-ges.l.6 Mon.	0-10	Anzahl der Besuche in letzt.6 Mon.	137	.14	.99	75.26	8.40							
			0-1		104	.01	.09	98.03	10.00							
			0-10		33	.54	1.97	14.48	3.86							
152	Gegenwärtiges Körpergewicht	Ggw. Körpergew.	40-112	Anzahl kg	133	71.08	10.39	1.96	.23	+						
			56-112		101	74.40	8.59	3.26	1.13							
			40-80		32	60.62	8.53	.72	-.34							
153	Beurteilung der Lebens-führung in letzten 6 Monaten als gesund	Beurt. Leb.-Führ. ges.	1-2	1=ja 2=nein	139	1.16	.37	1.21	1.79			116	23			
					105	1.15	.36	1.70	1.92			89	16			
					34	1.21	.41	.02	1.43			27	7			
	Besondere Ereignisse und Veränderungen in den letzten 6 Monaten in den nachstehenden Lebensbereichen; falls vorgekommen, ein-geschätzt auf den Dimensionen Freude, an-genehm-Ärger, unangenehm; keine Belastung-große Belastung															
154	Familie	Er.Fam. unang.	0-5		138	.77	1.68	1.78	1.79		110	4	3	2	4	15
155		Er.Fam.bel.	0-5		139	.78	1.71	1.78	1.90		110	7	0	3	2	17
					105	.63	1.53	3.31	2.24		87	3	2	2	2	9
					105	.65	1.59	3.14	2.22		87	4	0	3	0	11
					33	1.24	2.06	-.64	1.13		23	1	1	0	2	6
					34	1.21	2.03	-.46	1.20		23	3	0	0	2	6
156	Beruf	Er.Ber.un.	0-5		139	.33	1.09	10.46	3.38		125	2	2	5	0	5
157		Er.Ber.bel.	0-5		139	.36	1.16	9.13	3.22		125	1	2	5	0	6
					105	.27	.99	13.73	3.81		97	0	2	3	0	3
				o=nicht vorgekommen,	105	.29	1.08	11.91	3.62		97	0	1	3	0	4
					34	.53	1.35	4.90	2.50		28	2	0	2	0	2
					34	.56	1.37	4.26	2.36		28	1	1	2	0	2
158	Gesundheit	Er.Ges.un.	0-5	1=Freude, angen.,..., 5=Ärger unang.; 1=keine Belast.,..., 5=große Belastung	139	.04	.42	133.02	11.62		138	0	0	0	0	1
159		Er.Ges.bel.	0-5		139	.04	.42	133.02	11.62		138	0	0	0	0	1
					105	.05	.49	99.03	10.05		104	0	0	0	0	1
					105	.05	.49	99.03	10.05		104	0	0	0	0	1
					34	.00					34	0	0	0	0	0
					34	.00					34	0	0	0	0	0
160	Wirtschaftl. finanziel-ler Bereich	Er.wirtsch. unang.	0-5		139	.04	.43	122.90	11.03		137	1	0	0	0	1
161		Er.wirtsch. bel.	0-5		139	.04	.43	122.90	11.03		137	1	0	0	0	1
					105	.05	.49	99.03	10.05		104	0	0	0	0	1
					105	.05	.49	99.03	10.05		104	0	0	0	0	1
					34	.03	.17	28.09	5.49		33	1	0	0	0	0
					34	.03	.17	28.09	5.49		33	1	0	0	0	0
162	Sonstige Ber.	Er.sonst.un.	0-5		139	.20	.87	18.99	4.49		130	2	2	0	3	2
163		Er.sonst.bel.	0-5		139	.20	.86	19.48	4.50		130	2	2	3	0	2
					105	.24	.97	15,10	4.06		98	1	1	0	3	2
					105	.26	.98	14.64	3.93		97	1	1	3	0	3
					34	.09	.38	17.68	4.30		32	1	1	0	0	0
					34	.09	.38	17.68	4.30		32	1	1	0	0	0
	Zukunftspläne und Erwartungen:															
164	Zuversichtlich bezüglich Gesundheit	Zuv.Ges.	1-4	1=gar nicht 2=etwas 3=ziemlich 4=sehr	139	2.52	.85	-.65	.09	+		14	57	49	19	
					105	2.60	.79	-.56	.13			6	44	41	14	
					34	2.29	1.00	-.98	.30			8	13	8	5	
165	Zuversichtlich bezüglich Beruf	Zuv.Ber.	1-4	1=gar nicht 2=etwas 3=ziemlich 4=sehr	138	2.58	.79	-.44	-.09	+		11	51	61	15	
					105	2.64	.76	-.47	.05			5	41	46	13	
					33	2.39	.86	-.85	-.25			6	10	15	2	
166	Zuversichtlich bezüglich Familie	Zuv.Fam.	1-4	1=gar nicht 2=etwas 3=ziemlich 4=sehr	137	2.98	.86	-.37	-.53	+		8	27	61	41	
					103	3.08	.81	-.54	-.47			3	21	44	35	
					34	2.71	.94	-.62	-.49			5	6	17	6	
167	Zuversichtlich bezüglich sonstiger Beziehungen zu anderen	Zuv.sonst. Bez.	1-4	1=gar nicht 2=etwas 3=ziemlich 4=sehr	137	2.63	.72	-.21	-.15	+		7	49	69	12	
					104	2.62	.73	-.19	-.21			6	36	53	9	
					33	2.63	.70	-.39	.06			1	13	16	3	

Fortsetzung Tabelle 1 :

absolute Häufigkeiten

Psychologisches Interview (1.Termin, Kuranfang)					N	M	s	Exz	Sch	NV	0	1	2	3	4	5
168	Wann entschlossen zur Kur zu kommen	Wann entschl.z.Kur	2-30	Anzahl Monate	172	5.44	4.23	12.74	3.25							
			2-28		127	5.63	4.73	10.09	4.01							
			2-30		45	4.89	2.24	.66	1.12							
169	Anstrengend oder mühevoll	Anstr.	1-5	1=gar nicht,..., 5 =sehr	172	1.78	1.13	.48	1.27	+		102	30	20	15	5
					127	1.81	1.16	.29	1.23			75	21	15	12	4
					45	1.71	1.06	.99	1.40			27	9	5	3	1
170	Eigene Idee, Kur zu beantragen	Eig.-Fremd-Init.	1-5	1=Eigeninitiat.,..,5=Fremdinitiat.	172	2.98	1.65	-1.63	.01	+		56	17	26	21	52
					127	2.79	1.68	-1.64	.19			49	13	15	16	34
					45	3.51	1.49	-1.19	-.45			7	4	11	5	18
171	Sorgen um Arbeitsplatz	Sorg.Arb.-Pl.	1-5	1=keine Sorgen,..., 5=große Sorgen	169	1.69	1.23	1.25	1.61	+		121	10	19	8	11
					127	1.76	1.28	.69	1.43			87	8	16	7	9
					42	1.45	1.06	4.19	2.31			34	2	3	1	2
172	Sorgen um Familie	Sorg.Fam.	1-5	1=keine Sorgen,..., 5=große Sorgen	171	2.30	1.49	-1.05	.68	+		80	26	21	21	23
					126	2.12	1.39	-.70	.86			65	19	15	16	11
					45	2.82	1.64	-1.60	.19			15	7	6	5	12
	Besondere Ereignisse und Veränderungen in den letzten 2 Jahren in den nachstehenden Lebensbereichen; falls vorgekommen, eingeschätzt auf den Dimensionen Freude, angenehm-Ärger, unangenehm; keine Belastung-große Belastung															
173	Familie	Er.Fam.unang.Er.	0-5	0=nicht vorgekommen,1=Freude, angen.,...,5=Ärger, unang.; 1=keine Belast.,..,5=große Belastung	172	1.38	1.99	.79	.98	+	105	12	8	8	9	30
174		Fam.bel.	0-5		172	1.52	2.11	-1.15	.82	+	107	5	5	11	7	37
					127	1.18	1.87	-.20	1.22		82	10	6	5	7	17
					127	1.33	2.02	-.78	1.01		84	3	4	8	6	22
					45	1.96	2.25	-1.67	.43		23	2	2	3	2	13
					45	2.04	2.31	-1.76	.36		23	2	1	3	1	15
175	Beruf	Er.Ber.unang.Er.	0-5		172	1.27	1.96	-.59	1.10	+	112	11	4	7	12	26
		Ber.bel.	0-5		172	1.43	2.10	-1.02	.91	+	111	6	5	4	12	34
					127	1.32	1.99	-.73	1.04		80	11	1	5	10	20
					127	1.53	2.14	-1.23	.80		79	5	3	3	10	27
					45	1.11	1.87	-.15	1.26		32	0		3	2	6
					45	1.13	1.95	-.22	1.27		32	1	2	1	2	7
177	Gesundheit	Er.Ges.unang.Er.	0-5		172	1.55	2.18	-1.29	.78	+	110	4	2	4	14	38
178		Ges.bel.	0-5		172	1.55	2.18	-1.29	.78	+	111	1	5	3	14	38
					127	1.29	2.05	-.76	1.06		87	4	2	2	10	22
					127	1.30	2.04	.82	1.02		88	1	3	3	11	21
					45	2.27	2.39	-1.92	.13		23	0	0	2	4	16
					45	2.24	2.40	-1.92	.18		23	0	2	0	3	17
179	Wirtschaftl., finanz. Bereich	Er.wirtsch.unang.	0-5		172	.60	1.37	3.93	2.29		136	11	5	7	4	9
180		Er.wirtsch. bel.	0-5		172	.80	1.67	1.24	1.72		136	2	3	7	10	14
					127	.60	1.34	3.84	2.34		100	7	5	7	2	6
					127	.83	1.70	1.06	1.68		100	1	3	4	8	11
					45	.60	1.47	3.84	2.35		36	4	0	0	2	3
					45	.73	1.59	1.70	1.84		36	1	0	3	2	3
181	Sonstige Bereiche	Er.sonst.	0-5		172	.41	1.21	7.70	3.00		149	6	5	0	5	7
182		unang. Er. sonst.bel.	0-5		172	.49	1.37	7.46	2.65		149	2	5	2	3	11
					127	.42	1.22	7.34	2.94		109	5	4	0	4	5
					127	.53	1.40	4.68	2.50		109	1	4	2	3	8
					45	.38	1.21	8.53	3.16		40	1	1	0	1	2
					45	.40	1.29	8.22	3.14		40	1	1	0	0	3
183	Sozio-psychosomatische Zusammenhänge im subjektiven Erleben	Soz.ps. som.Z.	1-5	1=nimmt Zusammenhänge wahr, ...,5= nimmt keine Zus.wahr	172	3.58	1.46	-1.19	-.48	+		18	33	24	25	72
					127	3.63	1.44	-.95	-.61			14	18	21	21	53
					45	3.42	1.53	-1.68	-.16			4	15	3	4	19
184	Subjektive Einschätzung der eigenen Kindheit als glücklich-unglücklich	Ki.glückl.-ungl.	1-5	1=glückl., ...,5=unglücklich	172	2.81	1.50	-1.36	.22	+		47	33	35	19	38
					127	2.72	1.45	-1.24	.28			36	34	29	15	23
					45	3.07	1.63	-1.63	.02			11	9	6	4	15
185	gerecht-ungerecht	Ki.ger.-unger.	1-5	1=gerecht,..,5=ungerecht	172	2.84	1.37	-1.21	.13	+		38	37	38	33	26
					127	2.82	1.31	-1.09	.14			25	30	31	25	16
					45	2.89	1.55	-1.52	.08			13	7	7	8	20
186	streng-nicht streng	Ki.str.-n.str.	1-5	1=streng,...,5=nicht streng	172	2.69	1.37	-1.03	.32	+		75	34	49	18	26
					127	2.68	1.32	-.94	.32			31	27	38	14	17
					45	2.71	1.50	-1.30	.30			14	7	11	4	9
187	Mit sich selbst zufrieden	Selbstzufr.	1-5	1=zufr.,...,5=unzufr.	172	2.76	1.57	-1.55	.20	+		57	31	15	34	35
					127	2.68	1.50	-1.44	.28			40	28	12	26	21
					45	2.98	1.75	-1.78	-.04			17	3	3	8	24
188	Sieht sich als ehrgeizig	Ehrg.	1-5	1=ehrg.,...,5=nicht ehrgeizig	172	2.07	1.22	-.01	.97	+		74	48	25	14	11
					127	2.04	1.23	-.01	1.05			57	36	14	12	8
					45	2.16	1.19	-.07	.84			17	12	11	2	3
189	Subjektive Einschätzung des Nutzens der psychol. Unters.	Nutz.psych. Unters.	1-5	1=Nutzen,..,5=sieht keinen Nutzen	172	3.16	1.36	-1.21	-.08	+		24	36	40	33	39
					127	3.17	1.32	-1.10	-.09			16	25	34	25	27
					45	3.11	1.50	-1.49	-.03			8	11	6	8	12

Fortsetzung Tabelle 1:

					N	M	s	Exz	Sch	NV	absolute Häufigkeiten 0	1	2	3	4	5
	Einschätzungen durch Untersucher hinsichtlich 190-196															
190	Klagsamkeit	Klags.	1-5	1=niedrig,	172	2.92	1.39	-1.30	.07	+		35	40	30	38	29
				...,5=hoch	127	2.83	1.41	-1.32	.14			30	29	21	27	20
					45	3.18	1.32	-1.21	-.09			5	11	9	11	9
191	Mitteilsamkeit Beruf, Soziales	Mitt.Soz.	1-5	1=niedrig,	172	3.79	1.15	-.74	-.55	+		5	22	39	44	62
				...,5=hoch	127	3.82	1.11	-.62	-.58			3	15	28	37	44
					45	3.71	1.27	-1.08	-.44			2	7	11	7	18
192	Mitteilsamkeit Familie, Intimes	Mitt.Int.	1-5	1=niedrig,	172	3.20	1.39	-1.37	-.01	+		20	48	29	30	45
				...,5=hoch	127	3.02	1.36	-1.24	.11			18	35	26	22	26
					45	3.64	1.40	-1.48	-.40			2	13	3	8	19
193	Sympathie	Symp.	1-5	1=sympath.	172	2.52	.88	-.05	.33	+		18	71	62	18	3
				...,5=un-	127	2.57	.88	-.16	.25			12	50	48	15	2
				symp.	45	2.37	.87	.39	.57			6	21	14	3	1
194	Selbstexploration	SE	1-5	1=hoch,...,	172	3.26	1.02	-.68	-.16	+		6	37	53	59	17
				5=niedrig	127	3.29	1.01	-.61	-.29			5	25	37	48	12
					45	3.16	1.02	-.78	.20			1	12	16	11	5
195	Ängstlichkeit	Ängstl.	1-3	1=eher	172	1.78	.78	-1.25	.40	+		75	60	37		
				nicht,2=mit-	127	1.76	.78	-1.24	.44			57	43	27		
				tel,3=sehr	45	1.82	.78	-1.28	.31			18	17	10		
196	Psychische und psychosoziale Belastung	Belast. (Belast.-Rating)	1-3	1=eher	172	2.06	.88	-1.70	-.12	+		61	39	72		
				nicht,2=mit-	127	1.98	.86	-1.67	.05			49	32	46		
				tel,3=sehr	45	2.31	.87	-1.39	-.64			12	7	26		
197	Frühe Kindheitserinnerungen gesamt	FE ges.	0-7	Anzahl	171	1.96	1.12	2.29	.91							
			0-7		126	1.90	1.10	2.48	.87							
			0-7		45	2.13	1.17	1.75	.96							
198	Frühe Kindheitserinnerungen bezogen auf Alter 1-5 Jahre	FE 1-5J.	0-3	Anzahl	161	.53	.74	.45	1.17							
			0-3		118	.51	.73	1.01	1.32							
			0-2		43	.60	.76	-.86	.76							
199	Frühe Kindheitserinnerungen bezogen auf Alter 6-14Jahre	FE 6-14J.	0-4	Anzahl	161	1.35	.88	.27	.42	+						
			0-4		118	1.37	.89	.46	.56							
			0-3		43	1.30	.83	-.82	-.11							
200	Frühe Kindheitserinnerungen bezogen auf Alter über 14 Jahre	FE üb.14J.	0-4	Anzahl	161	.22	.64	11.96	3.37							
			0-3		118	.18	.53	9.93	3.19							
			0-4		43	.33	.86	7.62	2.86							
	Kategorien zu FE															
201	"Mutter"	FE Mutt.	0-1	0=nicht	161	.42	.49	-1.89	.34		94	67				
				erwähnt,	118	.36	.48	-1.65	.60		76	42				
				1=erwähnt	43	.58	.50	-1.91	-.33		18	25				
202	"Vater"	FE Vat.	0-1	0=nicht	158	.37	.48	-1.73	.52		99	59				
				erwähnt	116	.41	.49	-1.89	.35		68	48				
				1=erwähnt	42	.26	.45	-.88	1.07		31	11				
203	"Strenge" in Verbindung mit Mutter	FE Mutt. Strenge	0-1	0=nicht	74	.27	.45	-.96	1.02		53	21				
				erwähnt,	49	.26	.45	-.91	1.05		34	15				
				1=erwähnt	25	.28	.45	-1.12	.96		19	6				
204	"Strenge" in Verbindung mit Vater	FE Vat. Strenge	0-1	0=nicht	74	.28	.45	-1.11	.95		54	20				
				erwähnt,	49	.31	.47	-1.33	.83		36	13				
				1=erwähnt	25	.24	.44	-.62	1.19		18	7				
205	"Unterstützung" in Verbindung mit Vater	FE Vat. Unt.	0-1	0=nicht	66	.41	.49	-1.90	.37		39	27				
				erwähnt,	54	.39	.49	-1.81	.45		33	21				
				1=erwähnt	12	.50	.52	-2.08	.00		6	6				
206	"Konflikt" der Bezugspersonen	FE Konfl. Bezugspers.	0-1	0=nicht	66	.17	.38	1.14	1.77		55	11				
				erwähnt,	54	.17	.38	1.12	1.77		45	9				
				1=erwähnt	12	.17	.39	.85	1.71		10	2				
207	"Strafe" ohne direkten Bezug auf Bezugspers.	FE Strafe o.B.Bezugspers.	0-1	0=nicht	161	.16	.37	1.36	1.83		135	26				
				erwähnt	118	.14	.35	2.07	2.02		107	17				
				1=erwähnt	43	.21	.41	-.03	1.41		34	9				
208	"Trennung"ohne direkten Bezug auf Bezugspersonen	FE Trenn. o.B.Bezugspers.	0-1	0=nicht	161	.29	.46	-1.17	.91		114	47				
				erwähnt	118	.27	.45	-.96	1.02		86	32				
				1=erwähnt	43	.35	.48	-1.63	.62		28	15				
209	"Unfall, Tod, Katastrophe Krankheit"	FE Katastr.	0-1	0=nicht	161	.27	.45	-.98	1.01		117	44				
				erwähnt	118	.25	.43	.62	1.18		89	29				
				1=erwähnt	49	.35	.48	-1.63	.62		28	15				
210	"Eigene Aggression"	FE Eig. Aggr.	0-1	0=nicht	161	.20	.42	1.61	1.70		129	31				
				erwähnt	118	.23	.44	1.25	1.58		92	25				
				1=erwähnt	43	.14	.35	2.20	2.05		37	6				
211	"Eigene Aktivität - Passivität"	FE Eig. Akt.-Pass.	0-1	1=Aktivit.	161	.87	.80	-1.40	.24		63	56	42			
				2=Passivit.	118	.86	.78	-1.34	.24		45	44	29			
				0=Neutral	43	.88	.85	-1.58	.22		18	12	13			
212	"Entbehrung, Einschränkung"	FE Entbehr., Einschr.	0-1	0=nicht	161	.28	.45	-1.05	.98		116	45				
				erwähnt	118	.27	.45	-.96	1.02		86	32				
				1=erwähnt	43	.30	.46	-.30	.85		30	13				

Fortsetzung Tabelle 1:

absolute Häufigkeiten

					N	M	s	Exz	Sch	NV	0	1	2	3	4	5
213	"Geschwister"	FE Geschw.	0-1	0=nicht	161	.21	.41	-.02	1.41		127	34				
				erwähnt	118	.19	.40	.34	1.53		95	23				
				1=erwähnt	43	.26	.44	-.80	1.10		32	11				
214	"Geschwister positiv, negativ, neutral"	FE Geschw. pos.neg. neutr.	0-2	1=positiv	31	1.23	.71	-1.03	-.34		5	14	12			
				2=negativ	21	1.18	.72	-.93	-.52		4	10	7			
				0=neutral	10	1.40	.70	-.86	-.62		1	4	5			
215	Affektive Gesamttönung der Schilderungen zur früheren Kindheit	Aff.Tön. Ki.	0-2	1=positiv	159	1.30	.84	-1.26	-.53		38	38	83			
				2=negativ	117	1.18	.88	-1.50	-.28		35	28	54			
				0=neutral	42	1.61	.62	.68	-1.36		3	10	29			

Psychologische Fragebogen

Nr.	Variable	Abkürzung	Polung	N	M	s	Exz	Sch	NV
	Fragebogen Einstellung zur Kur EzK 1.Termin, Kuranfang								
216	EzK1 Erwartung der Wiederherstellung eines befriedig.Gesundheitszustandes bei überwiegend somatischer u. passiver Orientierung	EzK1 Erw. befr.Ges.-Zust.	ausgeprägt	173	37.96	5.31	2.23	-1.05	
				125	37.39	5.26	3.05	-1.33	
				48	39.46	5.21	-.63	-.46	
217	EzK2 Erwartung der Entlastung von alltäglichen Anforderungen u.Wunsch nach Aussprache u.Beratung bezüglich psychosozialer Probleme u.nach neuen zwischenmenschl. Begegnungen	EzK2 Erw. Entl.v. allt.Anf., Ausspr., Kont.	ausgeprägt	173	21.12	4.96	-.15	.26	+
				125	20.71	4.45	-.17	.15	
				48	22.17	6.01	-.70	.14	
218	EzK3 Erwartung "natürlicher",erholungsfördender Heilmaßnahmen bei zuversichtl. Einschätzung des Kurerfolges	EzK3 Erw. natürl. Heilm.,Erf.-Zuvers.	ausgeprägt	172	35.64	3.90	.12	-.31	
				125	35.40	4.06	.21	-.37	
				48	35.56	6.08	.68	-.34	
	Fragebogen Beurteilung der Kur BdK 2.Termin, Kurende								
219	BdK1 Globaler subjektiver Kurerfolg bei überwiegend positiver Bewertung des eigenen Gesundheitszustandes u.eher zuversichtlicher Zukunftserwartung	BdK1 Glob. subj. Kurerf.	ausgeprägt	175	29.75	6.19	-.59	-.26	+
				129	30.72	5.67	-.33	-.39	
				46	27.02	6.81	-.66	.30	
220	BdK2 Zufriedenheit mit der mediz. Untersuchung und Behandlung während des Heilverfahrens	BdK2 Zufr. med.Unt. Beh.	ausgeprägt	175	14.52	4.21	-.52	.35	+
				129	14.72	4.59	-.57	.21	
				46	13.96	4.08	-.17	.76	
221	BdK3 Zufriedenheit mit erholungs-und kommunikationsfördernden Bedingungen und Maßnahmen des Kuraufenthaltes	BdK3 Zufr. m.erh.-u. kommun.-förd.Bed.	ausgeprägt	175	23.82	5.35	-.63	.05	+
				129	23.96	5.21	-.50	.05	
				46	23.48	5.78	-.97	.08	
222	BdK4 Positive Bewrtung psychologischer Kurmaßnahmen	BdK4 Pos. Bew.psych. Kurm.	ausgeprägt	175	12.25	3.77	-.14	.45	+
				129	12.26	3.83	-.08	.45	
				46	12.22	3.64	-.45	.43	
	Fragebogen zur Erfassung subjektiver Krankheitskonzepte und Behandlungsvorstellungen KKB 1.Termin, Kuranfang								
223	KKB1-1 Seelische und psychosoziale Probleme und Psychotherapie	KKB1-1 Seel. psychosoz. Probl.,Ps.-Th.	ausgeprägt	168	14.37	5.09	-.55	.58	+
				121	13.74	4.72	-.57	.54	
				49	16.00	5.68	-1.04	.43	
224	KKB2-1 Streß und Schonung	KKB2-1 Streß u. Schon.	ausgeprägt	168	11.24	2.46	-.31	-.13	+
				121	10.64	2.39	-.22	-.03	
				47	12.77	1.92	-1.04	.02	
225	KKB3-1 Körperleiden und Organmedizin	KKB3-1 Körperleid.u. Org.-Med.		167	10.40	3.03	.94	-.12	+
				120	10.12	3.00	.87	-.43	
				47	11.13	3.01	.16	.65	
226	KKB4-1 Belastende und unbefriedigende Arbeitssituation und Hilfe zu vermehrter Zufriedenheit	KKB4-1 Bel., unbefr.Arb.-Sit.,H.z. Zufr.	ausgeprägt	168	5.99	2.05	.13	.62	+
				121	6.01	2.03	.08	.59	
				47	5.96	2.12	.18	.70	
	Fragebogen zur Erfassung subjektiver Krankheitskonzepte und Behandlungsvorstellungen KKB 2. Termin, Kurende								
227	KKB1-2 Seelische und psychosoziale Probleme und Psychotherapie	KKB1-2 Seel. psychosoz. Probl.,Ps.-Th.	ausgeprägt	173	14.21	5.17	.17	.68	+
				128	13.43	4.44	-.45	.61	
				45	16.44	6.37	-.89	.25	
228	KKB2-2 Streß und Schonung	KKB2-2 Streß u. Schon.	ausgeprägt	173	9.99	2.46	-.54	.23	+
				128	9.71	2.40	-.50	.27	
				45	10.78	2.48	-.69	.11	
229	KKB3-2 Körperleiden und Organmedizin	KKB3-2 Körperleid.u. Org.-Med.	ausgeprägt	172	9.29	2.75	.86	.47	+
				128	9.31	2.45	.15	.15	
				44	9.23	3.52	.60	.77	
230	KKB4-2 Belastende und unbefriedigende Arbeitssituation und Hilfe zu vermehrter Zufriedenheit	KKB4-2 Bel. unbefr. Arb.-Sit.,H.z.Zufr.	ausgeprägt	173	5.62	2.03	.32	.78	+
				128	5.69	.69	.02	.69	
				45	5.40	1.91	1.60	1.06	

Fortsetzung Tabelle 1:

		Abkürzung	Polung	N	M	s	Exz	Sch	NV
Fragebogen zur Erfassung subjektiver Krankheitskonzepte und Behandlungsvorstellungen KKB									
3. Termin, Halbjahreskatamnese									
231	KKB1-3 Seelische und psychosoziale Probleme und Psychotherapie	KKB1-3 Seel. psychosoz. Probl.,Ps.-Th.	ausgeprägt	139	14.69	5.00	-.08	.71	+
				106	14.03	4.70	-.34	.67	
				33	16.82	5.40	-.26	.64	
232	KKB2-3 Streß und Schonung	KKB2-3 Streß u. Schon.	ausgeprägt	139	9.52	2.23	-.25	.25	+
				106	9.38	2.22	-.36	.13	
				33	10.00	2.22	-.43	.65	
233	KKB3-3 Körperleiden und Organmedizin	KKB3-3 Körperleid.u. Org.-Med.	ausgeprägt	139	9.40	3.14	.95	.89	+
				106	9.24	2.93	.77	.75	
				33	9.91	3.74	.37	.92	
234	KKB4-3 Belastende und unbefriedigende Arbeitssituation und Hilfe zu vermehrter Zufriedenheit	KKB4-3 Bel. unbefr.Arb.-Sit.,H.z.Zufr.	ausgeprägt	139	5.92	5.92	-.01	.64	+
				106	6.07	2.04	-.12	.61	
				33	5.42	1.80	.08	.63	
Fragebogen Hypochondrie und Gesundheitsverhalten HG									
1. Termin, Kuranfang									
235	HG1-1 Mißtrauen gegenüber Ärzten und Therapien	HB1-1 Mißtr. geg.Ärzte u.Therap.	nicht oder	175	4.40	1.28	-1.37	-.01	+
			gering aus-	129	4.51	1.22	-1.50	-.03	
			geprägt	46	4.09	1.41	-1.26	.18	
236	HG2-1 Strikte Risikovermeidung bezüglich körperlicher Gefährdung	HG2-1 Risikovermeid.	nicht oder	175	3.54	.83	.20	.33	
			gering aus-	129	3.60	.85	-.17	.27	
			geprägt	46	3.28	.72	1.86	.25	
237	HG3-1 Starke Beachtung von Krankheitsanzeichen	HG3-1Beacht. v.Krankh.-anz.	nicht oder	175	4.42	1.15	-.65	-.22	+
			gering aus-	129	4.48	1.09	-1.17	-.06	
			geprägt	46	4.26	1.31	-.33	-.37	
238	HG4-1 Mißtrauen gegenüber dem eigenen Körper	HG4-1 Mißtr. geg.eig.Körp.	nicht oder	175	4.93	1.12	.49	-.94	
			gering aus-	129	5.10	1.04	1.43	-1.21	
			geprägt	46	4.43	1.22	-.48	-.36	
Fragebogen Hypochondrie und Gesundheitsverhalten HG									
2. Termin, Kurende									
239	HG1-2 Mißtrauen gegenüber Ärzten und Therapien	HG1-2 Mißtr. geg.Ärzte u. Therap.	nicht oder	172	4.41	1.28	-1.56	-.08	+
			gering aus-	127	4.49	1.27	-1.53	-.03	
			geprägt	45	4.20	1.27	-1.52	.42	
240	HG2-2 Strikte Risikovermeidung bezüglich körperlicher Gefährdung	HG2-2 Risikovermeid.	nicht oder	172	3.48	.79	1.70	1.12	
			gering aus-	127	3.55	.85	1.29	.99	
			geprägt	45	3.29	.59	1.29	1.19	
241	HG3-2 Starke Beachtung von Krankheitsanzeichen	HG3-2 Beacht. v.Krankh.anz.	nicht oder	172	4.30	1.09	-1.13	.13	+
			gering aus-	127	4.22	1.08	-1.03	.20	
			geprägt	45	4.53	1.12	-1.36	-.08	
242	HG4-2 Mißtrauen gegenüber dem eigenen Körper	HG4-2 Mißtr. geg.eig.Körp.	nicht oder	172	5.13	.98	.03	-.90	
			gering aus-	127	5.22	.96	.07	-.99	
			geprägt	45	4.89	1.00	.02	-.72	
Fragebogen Hypochondrie und Gesundheitsverhalten HG									
3. Termin, Halbjahreskatamnese									
243	HG1-3 Mißtrauen gegenüber Ärzten und Therapien	HG1-3 Mißtr. geg.Ärzte u. Therap.	nicht oder	139	4.49	1.51	-1.48	-.20	+
			gering aus-	105	4.60	1.21	-1.56	-.10	
			gerpägt	34	4.44	1.81	-1.43	.52	
244	HG2-3 Strikte Risikovermeidung bezüglich körperlicher Gefährdung	HG2-3 Risikovermeid.	nicht oder	139	3.64	1.08	-1.09	.70	
			gering aus-	105	3.66	.72	-.72	.60	
			geprägt	34	3.44	1.71	1.18	1.02	
245	HG3-3 Starke Beachtung von Krankheitsanzeichen	HG3-3Beacht. v.Krankh.anz.	nicht oder	139	4.31	1.08	-1.24	.22	+
			gering aus-	105	4.30	1.11	-1.31	.22	
			geprägt	34	4.32	1.00	-1.05	.22	
246	HG4-3 Mißtrauen gegenüber dem eigenen Körper	HG4-3 Mißtr. geg.eig.Körp.	nicht oder	139	4.90	1.13	-.24	-.08	+
			gering aus-	105	5.04	1.02	-.99	-.56	
			geprägt	34	4.50	1.34	1.20	.94	
Freiburger Persönlichkeits-Inventar FPI									
1. Termin, Kuranfang									
247	FPI2-1 Aggressivität	FPI2-1 Aggr.	spontan	177	2.81	1.77	-.13	.58	+
			aggressiv	131	2.86	1.83	-.25	.63	
				46	2.70	1.58	-.05	.27	
248	FPI9-1 Offenheit	FPI9-1 Offen.	offen	177	8.07	2.60	-.67	-.16	+
				131	8.24	2.61	-.70	-.16	
				105	7.59	2.51	-.69	-.21	
249	FPIE-1 Extraversion	FPIE-1 Extrav.	extra-	177	5.11	2.57	-.79	.00	+
			vertiert	131	5.24	2.59	-.82	.05	
				46	4.76	2.52	-.92	-.16	
250	FPIN-1 Emotionale Labilität	FPIN-1 Em. Lab.	emotional	177	5.88	3.03	-.93	.08	+
			labil	131	5.47	2.98	-.90	.16	
				46	7.02	2.89	-1.05	-.09	

	Abkürzung	Polung	N	M	s	Exz	Sch	NV
Freiburger Persönlichkeits-Inventar FPI 2. Termin, Kurende								
251 FPI2-2 Aggressivität	FPI2-2 Aggr.	spontan aggressiv	178	2.93	2.13	-.00	.80	+
			131	2.85	2.18	-.13	.79	
			47	3.13	2.00	.44	.89	
252 FPI9-2 Offenheit	FPI9-2 Offen.	offen	178	7.88	2.66	-.33	-.06	+
			131	7.92	2.73	-.37	-.17	
			47	7.77	2.47	-.22	.35	
253 FPIE-2 Extraversion	FPIE-2 Extrav.	extra-vertiert	178	5.52	2.65	-.78	-.01	+
			131	5.78	2.62	-.83	.04	
			47	4.81	2.63	-1.05	-.14	
254 FPIN-2 Emotionale Labilität	FPIN-2 Em.Lab.	emotional labil	178	5.28	3.22	-1.11	.09	+
			131	4.76	3.16	-1.14	.22	
			47	6.72	2.96	-.84	-.19	
Freiburger Persönlichkeits-Inventar FPI 3. Termin, Halbjahreskatamnese								
255 FPI2-3 Aggressivität	FPI2-3 Aggr.	spontan aggressiv	137	2.48	1.64	1.64	.96	
			105	2.47	1.63	2.36	1.11	
			32	2.53	1.70	-.50	.47	
256 FPI9-3 Offenheit	FPI9-3 offen	offen	137	8.08	2.58	-.59	-.19	+
			105	8.19	2.60	-.56	-.24	
			32	7.72	2.52	-.67	.01	
257 FPIE-3 Extraversion	FPIE-3 Extrav.	extra-vertiert	137	5.24	2.67	-.57	.20	+
			105	5.35	2.64	-.50	.28	
			32	4.87	2.77	-.91	-.01	
258 FPIN-3 Emotionale Labilität	FPIN-3 Em. Lab.	emotional labil	137	6.04	3.16	-.82	-.13	+
			105	5.66	3.20	-.89	-.05	
			32	7.31	2.67	-1.06	-.05	
Buchinger Persönlichkeits-Inventar BPI 1.Termin, Kuranfang								
259 BPI1-1 Gehemmtheit	BPI1-1 Geh.	gehemmt	175	10.16	6.90	-1.13	.30	+
			128	8.89	6.69	-.86	.55	
			47	13.62	6.34	-1.02	-.25	
260 BPI2-1 Erregbarkeit	BPI2-1 Err.	reizbar	175	10.26	5.81	-1.02	.21	+
			128	9.88	5.94	-1.00	.33	
			47	11.28	5.36	-.93	-.07	
261 BPI3-1 Nervosität	BPI3-1 Nerv.	psychove-getat. ge-stört	175	8.13	4.80	-1.10	.15	+
			128	6.93	4.55	-.77	.46	
			47	11.38	3.90	-.57	-.49	
262 BPI4-1 Depressivität	BPI4-1 Depr.	bedrückt	175	6.43	3.98	-.86	.41	+
			128	5.66	3.75	-.53	.58	
			47	8.53	3.87	-1.35	.04	
263 BPI5-1 Intimbereich	BPI5-1 Int.	sexuell konflikt-bes.	175	2.78	2.76	.04	.99	+
			128	2.29	2.47	.73	1.19	
			47	4.13	3.10	-1.02	.46	
264 BPI6-1 Lügentendenzen	BPI6-1 Lüg.	Simulat.-Tendenz	175	2.13	1.51	.02	.47	+
			128	2.09	1.48	.32	.54	
			47	2.23	1.59	.52	.85	
Buchinger Persönlickeits-Inventar BPI 2. Termin, Kurende								
265 BPI1-2 Gehemmtheit	BPI1-2 Geh.	gehemmt	176	9.03	6.88	-.97	.48	+
			130	7.98	6.45	-.56	.70	+
			46	12.00	7.26	-1.30	-.12	+
266 BPI2-2 Erregbarkeit	BPI2-2 Err.	reizbar	176	8.39	6.06	-.99	.36	+
			130	7.77	6.12	-.85	.55	+
			46	10.15	5.61	-.88	-.08	+
267 BPI3-2 Nervosität	BPI3-2 Nerv.	psychove-getat. gestört	176	7.43	4.82	-.99	.19	+
			130	6.43	4.63	-.71	.41	+
			46	10.26	4.24	-.84	-.25	+
268 BPI4-2 Depressivität	BPI4-2 Depr.	bedrückt	176	5.74	4.00	-.96	.50	+
			130	5.06	3.71	-.80	.60	+
			46	7.67	4,19	-1.41	.12	+
269 BPI5-2 Intimbereich	BPI5-2 Int.	sexuell konfliktbes.	176	2.17	2.38	.43	1.16	+
			130	1.89	2.13	1.43	1.36	
			46	2.96	2.86	-1.09	.61	+
270 BPI6-2 Lügentendenzen	BPI6-2 Lüg.	Simulat-Tendenz	176	2.53	1.61	.43	.76	+
			130	2.54	1.64	-.25	.63	+
			46	2.50	1.56	2.70	1.14	+
Freiburger Beschwerdenliste FBL 1.Termin, Kuranfang								
271 FBL1-1 Allgemeinbefinden	FBL1-1 Allg.	viele Beschwerden	175	26.40	6.94	-.70	-.35	+
			124	24.82	6.81	-.86	-.18	
			47	30.59	5.42	.76	-.76	

Fortsetzung Tabelle 1:

	Abkürzung	Polung	N	M	s	Exz	Sch	NV
Freiburger Beschwerdenliste FBL 2. Termin, Kurende								
272 FBL1-2 Allgemeinbefinden	FBL1-2 Allg.	viele Beschwerden	175	19.41	7.34	-.81	.11	+
			129	17.89	6.82	-.80	.15	
			46	23.65	7.14	-.89	-.21	
Freiburger Beschwerdenliste FBL 3. Termin, Halbjahreskatamnese								
273 FBL1-3 Allgemeinbefinden	FBL1-3 Allg.	viele Beschwerden	139	21.53	6.56	-.35	.36	+
			106	20.24	5.91	-.32	.37	
			33	25.67	6.90	-.43	-.09	
Adjektiv-Skalen zur Einschätzung der Stimmung SES 1. Termin, Kuranfang								
274 SES1-1 Gehobene Stimmung	SES1-1 Geh.St.	gehoben	175	7.02	2.21	-.38	-.01	+
			128	7.30	2.16	-.60	-.03	
			47	6.25	2.16	.14	.06	
275 SES2-1 Mißstimmung	SES2-1 Mißst.	mißgest.	175	3.89	1.64	4.86	1.88	
			128	3.96	1.63	6.31	2.21	
			47	3.72	1.66	.86	1.00	
276 SES3-1 Aktiviertheit	SES3-1 Akt.	aktiviert	175	7.54	2.17	-.40	-.08	+
			128	8.03	1.98	-.62	.00	
			47	6.18	2.11	-.33	.08	
277 SES4-1 Gedrückte Stimmung	SES4-1 Gedr.St.	gedrückt	175	4.05	1.57	4.28	1.75	+
			128	4.00	1.49	6.37	1.49	
			47	4.19	1.76	.99	1.18	
278 SES5-1 Trägheit	SES5-1 Trägh.	träge	175	4.20	1.54	3.81	1.53	+
			128	4.11	1.46	5.63	1.74	
			47	4.44	1.71	.83	1.06	
279 SES6-1 Müdigkeit	SES6-1 Müd.	müde	175	6.33	2.16	-.22	.33	+
			128	6.10	2.10	-.08	.50	
			47	6.96	2.20	-.07	-.11	
280 SES7-1 Ausgeglichene Stimmung	SES7-1 Ausg. St.	ausgegl.	175	7.34	2.11	-.12	-.35	+
			128	7.81	1.89	-.26	-.24	
			47	6.13	2.19	-.46	-.17	
Adjektiv-Skalen zur Einschätzung der Stimmung SES 2.Termin, Kurende								
281 SES1-2 Gehobene Stimmung	SES1-2 Geh.St.	gehoben	174	8.00	2.23	-.40	-.06	+
			128	8.20	2.06	-.56	-.01	
			46	7.42	2.51	-.42	.07	
282 SES2-2 Mißstimmung	SES2-2 Mißst.	mißgest.	174	4.07	1.56	.58	1.08	+
			128	3.95	1.45	1.22	1.40	
			46	4.42	1.80	-.31	.40	
283 SES3-2 Aktiviertheit	SES3-2 Akt.	aktiviert	174	8.05	2.17	-.06	-.33	+
			128	8.38	2.03	.26	-.44	
			46	7.11	2.30	-.22	.12	
284 SES4-2 Gedrückte Stimmung	SES4-2 Gedr.St.	gedrückt	174	4.08	1.29	.26	.00	+
			128	3.87	1.13	.53	1.11	
			46	4.67	1.52	-.73	.52	
285 SES5-2 Trägheit	SES5-2 Trägh.	träge	174	4.36	1.55	2.58	1.37	+
			128	4.12	1.34	4.65	1.66	
			46	5.07	1.90	.23	.68	
286 SES6-2 Müdigkeit	SES6-2 Müd.	müde	174	4.94	2.19	1.36	1.24	+
			128	4.65	2.12	2.94	1.64	
			46	5.76	2.19	-.37	.28	
287 SES7-2 Ausgeglichene Stimmung	SES7-2 Ausg.St.	ausgegl.	174	7.64	2.19	-.02	-.13	+
			128	7.96	2.12	.39	-.29	
			46	6.73	2.17	-.14	.36	
Adjektiv-Skalen zur Einschätzung der Stimmung SES 3. Termin, Halbjahreskatamnese								
288 SES1-3 Gehobene Stimmung	SES1-3 Geh.St.	gehoben	136	6.68	2.05	-.17	.18	+
			102	6.87	2.18	-.34	.05	
			34	6.09	1.46	-.51	.08	
289 SES2-3 Mißstimmung	SES2-3 Mißst.	mißgest.	136	5.15	1.79	2.32	1.25	+
			102	5.06	1.81	2.82	1.39	
			34	5.41	1.72	.88	.84	
290 SES3-3 Aktiviertheit	SES3-3 Akt.	aktiviert	136	7.85	2.16	-.27	-.51	+
			102	8.16	2.01	-.09	-.54	
			34	6.91	2.35	-.86	-.24	
291 SES4-3 Gedrückte Stimmung	SES4-3 Gedr.St.	gedrückt	136	4.40	1.68	2.25	1.48	+
			102	4.16	1.24	1.22	1.28	
			34	5.12	2.17	.62	1.13	
292 SES5-3 Trägheit	SES5-3 Trägh.	träge	136	4.39	1.47	1.36	1.24	+
			102	4.29	1.45	2.18	1.43	
			34	4.47	1.54	-.58	.72	
293 SES6-3 Müdigkeit	SES6-3 Müd.	müde	136	6.29	2.15	-.00	.45	+
			102	6.08	2.08	-.02	.42	
			34	6.91	2.26	-.27	.47	

Fortsetzung Tabelle 1:

	Abkürzung	Polung	N	M	s	Exz	Sch	NV
294 SES7-3 Ausgeglichene Stimmung	SES7-3	ausgegl.	136	7.15	1.91	-.58	-.10	+
	Ausg.St.		102	7.32	1.93	-.51	-.13	
			34	6.62	1.78	-1.07	-.16	
Fragebogen zur Erfassung subjektiver psychosozialer Belastungen im Zusammenhang mit Ehe, Familie und Beruf BFB 1. Termin, Kuranfang								
295 BFB 1-1 Belastung im Zusammenhang mit der ehelichen Interaktion	BFB1-1Bel.	belastet	175	9.37	3.66	-.39	.46	+
	i.Z.m.Ehe		129	9.52	3.31	-.71	.32	
			46	10.30	4.50	-.75	.42	
296 BFB2-1 Beanspruchung und Überforderung durch die tägliche Arbeit	BFB2-1 Über-	überfordert	175	12.85	4.11	-.05	-.11	+
	ford.Arb.		129	12.65	4.17	.14	-.10	
			46	13.39	3.92	-.83	-.09	
297 BFB3-1 Unzufriedenheit mit der Art der beruflichen Arbeit, dem Verhältnis zu Kollegen und der Bezahlung	BFB3-1 Unzufr.	nicht	175	9.71	3.07	.37	.85	+
	Arb.,Koll.,Bez.	zufrieden	129	9.31	2.71	1.25	1.04	
			46	10.83	3.73	-.82	.26	
298 BFB4-1 Belastung im Zusammenhang mit den eigenen Kindern	BFB4-1 Bel.	belastet	139	5.09	1.90	.80	.89	+
	i.Z.m.Ki.		104	4.93	1.74	.08	.65	
			35	5.54	2.29	.45	.95	
Fragebogen zur Erfassung subjektiver psychosozialer Belastungen im Zusammenhang mit Ehe, Familie und Beruf BFB 2. Termin, Kurende								
299 BFB1-2 Belastung im Zusammenhang mit der ehelichen Interaktion	BFB1-2 Bel.	belastet	148	9.49	3.80	1.19	.99	+
	i.Z.m. Ehe		104	9.03	3.19	.24	.72	
			44	10.57	4.84	.14	.78	
300 BFB2-2 Beanspruchung und Überforderung durch die tägliche Arbeit	BFB2-2 Über-	überfordert	148	13.10	3.94	.21	-.10	+
	ford.Arb.		104	12.52	3.84	.51	-.13	
			44	14.46	3.89	-.43	-.15	
301 BFB3-2 Unzufriedenheit mit der Art der beruflichen Arbeit, dem Verhältnis zu Kollegen und der Bezahlung	BFB3-2 Unzufr.	nicht	148	9.79	3.15	.27	.86	+
	Arb.,Koll.,Bez.	zufrieden	104	9.37	2.78	1.98	1.24	
			44	10.77	3.73	-1.17	.17	
302 BFB4-2 Belastung im Zusammenhang mit den eigenen Kindern	BFB4-1 Bel.	belastet	120	5.07	1.61	1.75	.61	+
	i.Z.m.Ki.		83	4.87	1.33	-.06	.15	
			37	5.54	2.09	.99	.49	
Fragebogen zur Erfassung subjektiver psychosozialer Belastungen im Zusammenhang mit Ehe, Familie und Beruf BFB. 3. Termin, Halbjahreskatamnese								
303 BFB1-3 Belastung im Zusammenmit der ehelichen Interaktion	BFB1-2 Bel.	belastet	138	10.16	3.91	.23	.61	+
	i.Z.m.Ehe		105	9.83	3.34	-.85	.23	
			33	11.21	5.30	-.57	.50	
304 BFB2-3 Beanspruchung und Überforderung durch die tägliche Arbeit	BFB2-3 Über-	überfordert	138	12.42	3.39	.10	-.16	+
	ford.Arb.		105	12.18	3.40	.21	-.24	
			33	13.18	3.26	-.89	.22	
305 BFB3-3 Unzufriedenheit mit der Art der beruflichen Arbeit, dem Verhältnis zu Kollegen und der Bezahlung	BFB3-3 Unzufr.	nicht	138	9.78	3.09	-.15	.58	+
	Arb.,Koll.,Bez.	zufrieden	105	9.36	2.81	-.43	.45	
			33	11.12	3.58	-.57	.45	
306 BFB4-3 Belastung im Zusammenhang mit den eigenen Kindern	BFB4-3 Bel.	belastet	108	5.44	1.83	.02	.55	+
	i.Z.m.Ki.		85	5.28	1.74	-.35	.46	
			23	6.04	2.03	.12	.59	
Einschätzung der Patienten durch den Gruppenarzt und die Gruppenbetreuerin (Arzt- und Betreuerin-Rating)2. Termin, Kurende								
307 Positiver Kurerfolg mit eher günstiger Prognose aus der Sicht des Gruppenarztes (Arztrating 1)	Pos.Kurerf.	ausgeprägt	177	30.52	4.52	-.56	.26	+
	günst. Prog.		129	31.64	4.30	-.74	.23	
	Arzt (Arztr.1)		48	27.52	3.65	-.37	.32	
308 Psychische geringe Auffälligkeit und positiver Kurerfolg aus der Sicht der Gruppenbetreuerin(Betreuerinrating)	Ps.ger.Auff.	ausgeprägt	179	18.16	2.91	.88	-.59	+
	u.pos.Kurerf.		131	18.50	2.84	.46	-.57	
	Betr.(Betr.r.)		48	17.25	2.93	1.85	-.69	
309 Psychosomatisch-psychovegetative Gestörtheit aus der Sicht des Gruppenarztes (Arztrating 2)	Psychosom.	ausgeprägt	179	6.38	1.62	.69	.33	+
	Gest.Arzt		131	6.37	1.65	.91	.44	
	(Arztr.2)		48	6.44	1.47	-.46	-.06	

Fortsetzung Tabelle 1:

	Abkürzung	Skalen	Polung	N	M	s	Exz	Sch	NV	absolute Häufigkeiten 0	absolute Häufigkeiten 1
Medizinische Variablen (Termin jeweils angeben)											
Anthropometrische Daten											
310 Körpergröße	Größe	142-191	cm	180	169.56	8.52	-.15	-.19	+		
		142-191		131	172.84	6.89	.19	-.14			
		142-173		49	160.78	5.83	1.01	-.41			
311 Körpergewicht Kuranfang	Gew.Kuranf.	37-114	kg	180	71.83	11.89	.77	.38	+		
		54-114		131	75.37	10.56	1.03	.78			
		37- 89		49	62.39	10.03	.62	.29			
312 Körpergewicht Kurende	Gew.Kure.	38-110	kg	180	70.66	10.56	.99	.27	+		
		54-110		131	74.00	8.91	1.75	.87			
		38- 86		49	61.61	9.25	.67	.35			
Klinisch-physiologische Daten											
313 Systolischer Blutdruck Ruhe Kuranfang	psR Kuranf.	95-180	mm HG	178	127.53	14.41	.88	.72	+		
		100-180		129	127.33	13.84	1.51	.91			
		95-170		49	128.06	15.97	-.27	.34			
314 Diastolischer Blutdruck Ruhe Kuranfang	pdR Kuranf.	40-110	mm HG	178	84.81	10.14	1.42	-.54	+		
		60-110		129	85.78	9.45	-.10	-.12			
				49	82.24	11.46	2.19	-.98			
315 Systolischer Blutdruck Ruhe Kurende	psR Kure.	100-175	mm HG	143	123.07	11.00	2.48	.66	+		
		100 175		113	122.88	11.18	3.09	.92			
		100-140		30	123.80	10.46	-.11	-.54			
316 Diastolischer Blutdruck Ruhe Kurende	pdR Kure.	60-100	mm HG	143	81.80	8.02	.31	-.29	+		
		60-100		113	81.57	8.22	.38	-.17			
		65- 95		30	82.67	7.27	-.44	-.43			
317 Puls Kuranfang	Puls Kuranf.	52-100	Anzahl	175	77.18	9.71	-.32	.15	+		
		52-100	Schläge	126	76.02	9.84	-.12	.28			
		60- 96	Min.	49	80.16	8.78	-.69	-.04			
318 Puls Kurende	Puls Kure.	56-100	Anzahl	116	74.33	10.18	6.86	-1.27			
		56-100	Schläge	87	72.48	10.33	7.80	-1.33			
		58- 92	Min.	29	79.86	7.46	.78	-.63			
Klinisch-chemische Daten											
319 Cholesterin	Cholest.	144-414	mg %	178	251.09	49.35	.08	.46	+		
		159-414		129	254.75	48.36	.23	.58			
		144-414		49	241.45	51.13	-.48	.29			
320 Cholesterin erhöht	Cholest. erhöht	0-1	0=nein	178						109	69
			1=ja	129						75	54
				49						34	15
321 Cholesterin in Nachprüfung	Cholest. Nachpr.	160-347	mg %	69	247.97	42.67	-.57	.04	+		
		162-347		56	245.73	42.05	-.61	.15			
		160-336		13	257.61	45.68	-.22	-.46			
322 Cholesterin in Nachprüfung erhöht	Cholest. Nachpr. erh.	0-1	0=nein	65						36	29
			1=ja	53						31	22
				12						5	7
323 Triglyceride	Trigl.	56-528	mg %	177	146.88	81.90	6.32	2.22			
		64-525		128	155.22	82.29	5.41	2.00			
		56-528		49	125.10	77.50	12.93	3.19			
324 Triglyceride erhöht	Trigl. erhöht	0-1	0=nein	177						146	31
			1=ja	128						102	26
				49						44	5
325 Triglyceride in Nachprüfung	Trigl. Nachpr.	55-387	mg %	30	155.50	83.73	.15	.91	+		
		55-387		26	162.04	85.70	.04	.83			
		69-203		4	113.00	61.59	-1.36	.85			
326 Triglyceride in Nachprüfung erhöht	Trigl. Nachpr. erh.	0-1	o=nein	31						22	8
			1=ja	26						19	7
				4						3	1
327 Harnsäure	Harns.	2-10	mg %	178	5.78	1.49	.15	.11	+		
		3-10		129	6.21	1.29	.16	.34			
		2-10		49	4.68	1.44	-.06	.63			
328 Harnsäure erhöht	Harns. erh.	o-1	o=nein	176						139	37
			1=ja	127						97	30
				49						42	7
329 Harnsäure in Nachprüfung	Harns. Nachpr.	3-9	mg %	34	6.73	1.32	.52	-.89	+		
		5-9		29	7.00	1.02	-.71	-.27			
		3-9		6	5.40	1.88	-1.75	-.05			
330 Harnsäure in Nachprüfung erhöht	Harns. Nachpr. erh.	0-1	0=nein	34						14	20
			1=ja	28						11	17
				6						3	3
331 γ-Glutamyl-Transferase	γ-GT	6-90	U/l	177	22.40	18.30	4.67	2.17			
		6-78		128	23.30	17.29	4.05	2.01			
		6-90		49	20.12	20.72	5.56	2.49			

Fortsetzung Tabelle 1:

	Abkürzung	Skalen	Polung	N	M	s	Exz	Sch	NV	absolute Häufigkeiten	
332 γ-Glutamyl-Transferase	γ-GT erhöht	0-1	0=nein 1=ja	176 128 48						140 100 40	36 28 8
333 γ-Glutamyl-Transferase in Nachprüfung	γ-GT Nachpr.	13-90 13-90 12-88	U/l	30 26 4	33.50 34.76 25.25	16.39 16.39 12.63	6.26 6.12 -1.73	2.01 2.05 .47			
334 γ-Glutamyl-Transferase in Nachprüfung	γ-GT Nachpr. erhöht	0-1	0=nein 1=ja	30 26 4						10 8 2	20 18 2
335 Harnstoff	Harnst.	7-88 22-48 7-88	mg %	178 129 49	35.77 36.29 34.41	8.49 6.82 11.80	9.58 -.91 9.27	1.79 .15 2.62			
336 Blutkörperchensenkungsgeschwindigkeit 1.Stunde	BKS 1.St.	1-62 1-17 1-62	Geschw. 1. St.	178 129 49	5.58 3.77 10.33	7.86 3.05 13.07	25.52 3.75 6.13	4.62 1.80 2.56			
337 Blutkörperchensenkungsgeschwindigkeit 2.Stunde	BKS 2.St.	2-90 2-35 3-90	Geschw. 2.St.	177 129 48	12.72 10.05 19.90	12.07 7.66 17.69	11.03 .45 3.94	2.72 1.12 1.94			
338 BKS erhöht	BKS erh.	0-1	0=nein 1=ja	178 129 49						152 116 36	26 13 13
339 BKS 1. Stunde Nachprüfung	BKS 1.St. Nachpr.	1-36 1-22 4-36	Geschw. 1.St.	25 13 12	12.98 9.78 15.00	9.43 6.50 11.51	.79 -.98 -.83	1.31 .38 1.01	+		
340 BKS 2. Stunde Nachprüfung	BKS 2.St. Nachpr.	5-70 5-47 10-70	Geschw. 2.St.	25 13 12	30.32 25.38 35.67	17.08 13.45 19.48	-.03 -1.23 -.98	.79 .08 .69	+		
341 BKS in Nachprüfung erhöht	BKS Nachpr. erh.	0-1	0=nein 1=ja	18 9 9						1 1 0	17 8 9
342 Leukocyten	Leuko.	42-82 42-82 42-76	Taudend	178 129 49	55.90 56.60 54.04	9.00 8.97 8.88	.04 .06 .00	.82 .80 .94	+		
343 Erythrocyten	Ery.	4-6 5-6 4-6	Millionen	178 129 49	5.44 5.59 5.02	.40 .29 .34	.75 -.15 -.15	.44 -.51 .71	+		
344 Hämoglobin	Hämogl.	12-17 13-17 12-17	mg %	178 129 49	15.28 15.73 14.07	1.21 .91 1.05	-.68 -.54 1.20	-.18 .01 1.11	+		

Diagnosen durch Ärzte der Kurklinik

345 Hauptdiagnose	Hauptdiag. ICD-Nr.	1-61	
Fettsucht (20%)	277	5	4 3 1
Hyperlipidämie	279	6	1 1 0
Affektive Psychosen (Depr.klimakt. Psych.)	296	9	1 1 0
Psychovegetatives Syndrom	305	14	158 112 46
Bluthochdruck	401	18	1 1 0
Herzkrankheiten, Reizbildungs-u. Reizleitungsstörungen	427	20	1 1 0
Osteochondrosen (deg. WS-Veränderungen)	722	24	3 3 0
Schmerzhafte Wirbelkörper-Syndrome	728	25	4 4 0
Verbiegungen der Wirbelsäule	737	27	2 2 0

Fortsetzung Tabelle 1:

		Abkürzung	Skalen	Polung	N	M	s	Exz	Sch	NV	absolute Häufigkeiten 1	2	3
	Sonst.Formen der Überernährung	278	36		1 1 0								
	Klimakt. Syndrome	627	52		1 0 1								
	Operierter Magen	762	57		1 1 0								
	Sonstige		61		2 1 1								
346	Untergruppe Psychovegetatives Syndrom	Unt.-Gr. Ps. Sy. (Klinik-Nr.)	1-10										
	Erschöpfungssyndrom	B 50	1		131								
	Konstitutionelle Asthenie	B 51	2		2								
	Hypotone Regulationsstörung	B 52	3		6								
	Herzneurose	B 53	4		3								
	Hypertone Regulationsstörung	B 54	5		3								
	Hyperkinetisches Herzsyndrom	B 55	6		4								
	Nervöses Atmungssyndrom	B 56	7		0								
	Muskuläres Verspannungssyndrom, Spannungskopfschmerz	B 57	8		6								
	Funktionelle Verdauungsstörungen	B 58	9		3								
	Vegetat.Urogenitalsyndrom	B 59	10		0								
	Daten zur zusätzlichen psychologischen Behandlung												
347	Zusätzliche psychologische Behandlung erhalten	Zus. psych. Beh.	1-2	1=ja 2=nein	180 131 49	1.82 1.87 1.77	.13 .14 .12	-.40 -.39 -.49	-1.20 -1.09 -1.11		29 18 11	149 113 38	
348	Zahl der Behandlungskontakte	Zahl Beh.-Kont. (Sitz.)	4-11 4-11 4- 9	Anzahl Stunden	29 18 11	6.90 6.94 6.82	3.27 1.89 1.83	-.89 -.45 -1.01	.21 .23 .17				
349	Art der zusätzlichen psychol.Behandlung	Art zus. psych.Beh.	1-3	1=überwieg. klientzentr. Beh.(GT) 2=kombinierte Beh.(Komb) 3=überwieg.verhaltensther. Beh. (VT)	29 18 11	1.59 1.61 1.54	.59 .70 .93	-.92 -.80 -1.44	.77 .64 .97		17 9 8	7 7 0	5 2 3

Tab. 2: Statistische Grundauswertung für metrische Variablen von weiteren Untergruppen der Stichprobe der LVA-Kurpatienten, und zwar jeweils von der gesamten Gruppe der 30-40-Jährigen und der 41-50-Jährigen sowie von jeweils der gesamten, der männlichen und der weiblichen Gruppe der Patienten mit und ohne Berufsausbildungsabschluß. Pro Variable Darstellung von Stichprobenumfang (N), Mittelwert (M) und Standardabweichung (s). Polung bzw. Skalierung wie bei Grundauswertungstabelle 1 (außer bei Zahl der Kinder mit drei Klassen 0,1,≥2, sowie bei Zahl bisheriger Kuraufenthalte (mit zwei Klassen 0,≥1). Kuranfang = T1; Kurende = T2; Halbjahreskatamnese = T3

Variable	Aufteilung nach Altersgruppe für gesamte LVA-Kurpatienten-Stichprobe-						Aufteilung nach Abgeschlossener Berufsausbildung für gesamte LVA-Kurpatienten-Stichprobe					
	30-40 Jahre			41-50 Jahre			Ja			Nein		
Anamnestischer Erhebungsbogen (T1)	N	M	s	N	M	s	N	M	s	N	M	s
1 Alt.	103	35.36	3.22	77	44.84	2.96	111	38.60	5.98	67	40.73	4.86
7 Z.d.Ki.	100	.96	.65	77	2.74	1.04	111	1.04	.65	65	1.17	.63
8 Nettoverd.	97	3.02	1.11	72	3.26	.89	105	3.43	.94	64	2.62	.97
17 Z.bish.Arb.-Pl.	102	3.56	2.46	76	4.08	2.44	111	3.77	2.66	67	3.81	2.10
24 Dauer Krankm.vor Kur	4	6.75	4.34	5	13.00	13.86	4	6.50	6.35	5	13.20	13.14
26 Dauer Arb.l.vor Kur	7	10.86	10.01	5	30.60	22.09	3	8.33	6.81	9	22.67	19.79
34 Z.d.z.Erhol.gen.Url.-T.	98	16.51	10.40	75	15.51	11.98	109	16.86	10.55	64	14.73	11.93
36 Häufigk.d.Krankm.l.2. J.	102	2.06	1.84	76	2.07	1.44	111	1.87	1.41	67	2.37	2.02
37 Dauer d.Krankm.l. 2 J.	102	5.71	6.16	76	7.47	8.42	111	5.75	6.08	67	7.64	8.77
45 Z.d.Geschw.	102	2.70	2.43	74	2.70	2.23	111	2.58	2.19	65	2.91	2.58
54 St.Erhol./T.	100	1.91	1.35	74	1.96	1.32	107	2.06	1.33	67	1.72	1.32
58 St.Schlaf	101	7.23	1.21	74	7.02	1.22	109	7.23	1.24	66	7.00	1.20
62 Kaffee-bzw.Teekons./T.	100	1.97	1.87	76	2.34	2.30	111	2.04	2.10	67	2.28	2.02
63 Bierkons./Wo.	102	3.73	3.18	76	4.17	3.05	110	4.61	2.95	66	2.77	3.10
64 Weinkons./Wo.	102	.99	1.45	76	.91	1.48	111	1.07	1.60	67	.76	1.19
65 Kons.hochproz.Getr./Wo.	101	1.03	2.38	76	.68	1.40	110	.95	2.04	67	.78	2.00
67 J.Rauch.	33	15.36	6.25	25	24.90	5.17	41	18.12	7.78	17	21.71	5.13
68 Rauch.aufgeh.	17	6.70	4.82	16	8.12	7.42	22	8.13	7.18	11	5.91	3.08
69 J.ger.	17	9.29	6.84	15	19.13	7.69	21	13.62	8.72	11	14.45	9.07
70 Zigarett./T.	49	22.33	17.03	38	17.29	11.06	60	19.75	13.87	27	20.96	17.10
74 Schlaftbl.i.l.J.	101	.65	1.34	76	.50	1.09	110	.50	1.15	67	.73	1.36
75 Beruh.tbl.i.l.J.	101	1.56	1.81	76	1.20	1.71	110	1.25	1.71	67	1.66	1.85
76 Schwerztbl.i.l.J.	101	1.28	1.34	76	1.20	1.37	110	1.07	1.27	67	1.52	1.42
77 Aufputschtbl.i.l.J.	100	.09	.57	75	.03	.23	110	.09	.56	65	.01	.12
78 Abführtbl.i.l.J.	101	.53	1.14	76	.75	1.26	111	.42	.98	66	.97	1.42
79 Sonst.Medik.i.l.J.	98	1.67	1.85	76	1.62	1.83	108	1.53	1.80	66	1.85	1.89
80 Z.bish.Krankenh.aufenth.	102	2.76	2.11	76	2.66	2.09	111	2.52	1.83	67	3.04	2.44
81 Z.bish.Operat.	102	1.61	1.50	76	1.84	1.56	111	1.74	1.46	67	1.68	1.63
82 Z.bish.Kuraufenth.	101	.35	.48	76	.47	.50	110	.38	.48	67	.43	.49
Katamnestischer Erhebungsbogen (T3)												
Σ 84,85,86 Katamn.BdK	76	9.72	1.74	63	10.03	2.02	87	10.01	1.66	51	9.63	2.19
88 Morg.gymn.Häufigk.	74	1.74	2.48	61	1.78	2.26	86	1.73	2.36	48	1.83	2.43
89 Morg.gymn.Dauer	74	6.51	12.39	61	6.47	11.79	86	5.71	11.08	48	8.04	13.76
90 Wand.Häufigk.	74	1.74	2.25	61	1.85	2.06	86	1.73	1.83	48	1.89	2.68
91 Wand.Dauer	74	76.73	76.36	61	98.36	77.14	86	100.46	78.21	48	62.04	70.28
92 Schwimm.Häufigk.	74	.88	1.71	61	.85	.98	86	.89	1.38	48	.83	1.52
93 Schwimm.Dauer	74	30.13	34.29	61	31.64	34.78	86	32.33	33.16	48	28.75	36.80
94 Hautb.Häufigk.	74	1.39	2.88	61	1.90	2.52	86	1.46	2.83	48	1.93	2.53
95 Hautb.Dauer	74	4.63	12.57	61	4.11	7.57	86	4.12	11.73	48	5.00	8.29
96 Entsp.Häufigk.	74	1.35	2.06	61	2.69	4.31	86	1.55	2.17	48	2.64	4.70
97 Entsp.Dauer	74	9.34	18.36	61	12.20	7.06	86	9.78	16.16	48	11.12	19.36
98 Ernähr.beib.	73	2.74	.85	63	3.02	.83	85	2.87	.81	50	2.88	.91
113 Dauer d.Arb.l.	8	16.75	16.11	3	14.67	9.50	8	9.33	5.13	8	18.75	15.86
120 Nettoverd.	4	4.00	1.15	9	2.67	1.22	3	3.87	.99	5	1.80	.45
122 Häufigk.d.Krankm.l.6 Mon.	76	.26	.52	63	.25	.56	87	.17	.43	51	.41	.67
123 Dauer d.Krankm.l.6 Mon.	76	1.06	3.64	63	.67	2.24	87	.53	1.66	51	1.51	4.56
124 Häufigk.d.Krankenh.aufenth. l.6 Mon.	76	.09	.37	63	.02	.12	87	.02	.15	51	.12	.43
127 Beurt.Ges.-Zust.	76	2.60	.67	63	2.43	.73	87	2.64	1.24	51	2.33	.82
128 St.Erhol./T.	76	2.06	1.19	63	2.02	1.28	87	2.14	.42	51	1.88	1.21
130 St.körp.Bet./Wo.	76	2.66	1.21	63	2.86	1.35	87	2.77	1.26	51	2.60	1.30
131 Kaffee-bzw.Teekons./T.	76	2.22	1.62	63	2.23	1.46	87	2.25	1.63	51	2.19	1.42
132 Bierkons./Wo.	76	2.66	2.55	63	2.73	2.61	87	3.15	2.43	51	1.94	2.64
133 Kons.hochproz.Getr./Wo.	75	.35	.78	63	.52	.99	86	.41	.81	51	.39	.87
134 Weinkons./Wo.	73	.57	.72	63	.82	1.11	86	.67	.91	49	.73	.97
139 Zigarett./T.	25	13.72	7.88	15	13.40	9.28	28	13.57	8.14	12	13.67	9.09
143 Schlaftbl.l.6 Mon.	76	.19	.71	63	.29	.85	87	.30	.87	51	.14	.56
144 Beruh.tbl.l.6 Mon.	76	.91	1.48	63	.95	1.58	87	.77	1.40	51	1.16	1.69
145 Schmerztbl.l.6 Mon.	76	1.12	1.38	63	1.00	1.35	87	1.03	1.30	51	1.14	1.48
146 Aufputschtbl.l.6 Mon.	76	.10	.55	63	.11	.57	87	.06	.32	51	.20	.82
147 Abführtbl.l.6 Mon.	76	.29	.93	63	.49	1.19	87	.26	.88	51	.59	1.29
148 Sonst.Medik.l.6 Mon.	76	.97	1.52	63	1.32	1.79	87	.94	1.56	51	1.47	1.77
149 Hausarzt aufg.l.6 Mon.	76	1.96	2.74	63	2.82	4.11	87	1.79	2.63	51	3.35	4.38
150 Facharzt aufg.l.6 Mon.	75	.76	1.89	63	.87	3.10	86	.45	1.38	51	1.43	3.65
151 Psychol.usw.aufg.l. 6 Mon.	74	.20	1.29	63	.06	.39	86	.01	.10	50	.16	.81
152 Ggw.Körp.gew.	73	69.66	11.64	60	72.82	8.39	84	73.73	9.10	48	66.90	10.81
154 Er.Fam.unang.	75	1.01	1.84	63	.49	1.43	87	.60	1.50	51	1.08	1.93
155 Er.Fam.bel.	76	1.02	1.91	63	.49	1.39	87	.62	1.57	51	1.08	1.93
156 Er.Ber.unang.	76	.46	1.29	63	.18	.77	87	.26	.96	51	.39	1.25
157 Er.Ber.bel.	76	.51	1.39	63	.18	.77	87	.30	1.07	51	.41	1.27
164 Zuv.Ges.	76	2.60	.88	63	2.43	.82	87	2.63	.80	51	2.35	.91
165 Zuv.Fam.	75	2.59	.79	63	2.57	.80	87	2.68	.75	50	2.40	.83
166 Zuv.Ber.	76	2.97	.88	61	3.00	.83	85	3.08	.80	51	2.82	.93
167 Zuv.sonst.Bez.	75	2.72	.67	62	2.52	.76	86	2.71	.70	50	2.48	.73

Fortsetzung Tabelle 2:

Variable	Gesamte Stichpr. LVA-Kurpatienten 30-40 Jahre N	M	s	41-50 Jahre N	M	s	Abg.Ber.-Ausb. Ja N	M	s	Abg.Ber.-Ausb. Nein N	M	s
Psychologisches Interview (T1)												
168 Wann entschl.z.Kur	97	5.51	4.45	75	5.33	3.95	111	5.46	4.57	61	5.39	3.55
169 Anstr.	97	1.75	1.12	75	1.83	1.15	111	1.80	1.17	61	1.75	1.05
170 Eig.-Fremd-Init.	97	2.90	1.63	75	3.08	1.69	111	2.92	1.69	61	3.08	1.60
171 Sorg.Arb.-Pl.	94	1.53	1.17	75	1.28	1.28	109	1.56	1.13	60	1.92	1.36
172 Sorg.Fam.	96	2.48	1.53	75	2.08	1.40	111	2.25	1.45	60	2.40	1.55
173 Er.Fam.unang.	97	1.23	1.92	75	1.59	2.08	111	1.22	1.89	61	1.67	2.15
174 Er.Fam.bel.	97	1.39	2.06	75	1.68	2.19	111	1.41	2.05	61	1.70	2.23
175 Er.Ber.unang.	97	1.08	1.86	75	1.51	2.07	111	1.15	1.88	61	1.47	2.07
176 Er.Ber.bel.	97	1.29	2.03	75	1.61	2.17	111	1.41	2.13	61	1.46	2.05
177 Er.Ges.unang.	97	1.43	2.14	75	1.69	2.22	111	1.48	2.14	61	1.65	2.25
178 Er.Ges.bel.	97	1.38	2.09	75	1.76	2.28	111	1.46	2.12	61	1.70	2.28
179 Er.wirtsch.unang.	97	.67	1.52	75	.51	1.15	111	.68	1.47	61	.44	1.16
180 Er.wirtsch.bel.	97	.75	1.62	75	.88	1.73	111	.93	1.79	61	.59	1.39
181 Er.sonst.unang.	97	.46	1.27	75	.35	1.13	111	.47	1.28	61	.31	1.07
182 Er.sonst.bel.	97	.59	1.49	75	.37	1.19	111	.59	1.49	61	.33	1.10
183 Soz.ps.som.Z.	97	3.40	1.56	75	3.80	1.30	111	3.59	1.44	61	3.55	1.50
184 Ki.glückl.-ungl.	97	2.85	1.53	75	2.76	1.47	111	2.62	1.47	61	3.14	1.49
185 Ki.ger.-unger.	97	2.98	1.45	75	2.65	1.23	111	2.73	1.40	61	3.03	1.29
186 Ki.str.n.str.	97	2.66	1.48	75	2.72	1.21	111	2.75	1.41	61	2.57	1.27
187 Selbstzufr.	97	2.74	1.63	75	2.79	1.51	111	2.57	1.51	61	3.11	1.62
188 Ehrg.	97	2.11	1.33	75	2.01	1.05	111	1.91	1.14	61	2.36	1.30
189 Nutz.psychol.Unt.	97	3.06	1.40	75	3.28	1.31	111	3.15	1.38	61	3.16	1.33
190 Klags.	97	2.81	1.36	75	3.05	1.44	111	2.79	1.40	61	3.15	1.36
191 Mitt.Soz.	97	3.76	1.17	75	3.83	1.12	111	3.87	1.05	61	3.64	1.30
192 Mitt.Int.	97	3.29	1.39	75	3.05	1.38	111	3.13	1.31	61	3.28	1.54
193 Symp.	97	2.41	.74	75	2.65	1.02	111	2.48	.81	61	2.57	.99
194 SE	97	3.10	1.09	75	3.45	.87	111	3.23	1.02	61	3.29	1.00
197 FE ges.	96	1.82	1.09	75	2.07	1.14	110	2.03	1.17	61	1.84	1.00
198 FE 1-5J.	89	.56	.78	72	.50	.69	105	.52	.74	56	.55	.73
199 FE 6-14J.	89	1.29	.85	72	1.43	.90	105	1.43	.89	56	1.21	.82
200 FE üb.14J.	89	.22	.63	72	.20	.65	105	.20	.64	56	.25	.64
Psychologische Fragebogen												
EzK (T1)												
216 EzK1 Erw.befr.Ges.-Zust.	99	37.64	5.83	74	38.40	4.53	106	37.80	4.98	65	38.25	5.91
217 EzK2 Erw.Entl.v.allt.Anf., Ausspr.,Kont.	99	21.20	4.71	74	21.00	5.30	106	21.27	4.75	65	20.80	5.32
218 EzK3 Erw.natürl.Heilm., Erf.-Zuv.	99	35.91	4.73	74	34.97	3.57	106	35.78	3.66	65	35.05	5.20
BdK (T2)												
219 BdK1 Glob.subj.Kurerf.	99	30.35	5.63	76	28.97	6.82	109	31.14	5.54	64	27.47	6.66
220 Zufr.med.Unt.Beh.	99	14.51	4.33	76	14.53	4.09	109	14.80	4.41	64	14.03	3.92
221 Zufr.m.erh.-u.kommun.-förd.Bed.	99	23.90	5.43	76	23.74	5.27	109	23.75	5.46	64	23.83	5.19
222 BdK4 Pos.Bew.psych.Kurm.	99	12.50	4.03	76	11.93	3.40	109	12.18	3.99	64	12.22	3.37
KKB (T1;T2;T3)												
223 KKB1-1 Seel.psychosoz. Probl., Ps.-Th.	96	14.58	5.13	72	14.10	5.06	103	14.23	4.84	63	14.76	5.51
224 KKB2-1 Streß u.Schon.	96	11.45	2.47	72	10.96	2.43	103	10.92	2.21	63	11.78	2.78
225 KKB3-1 Körperleid.u.Org.-Med.	96	10.45	3.05	71	10.34	3.02	102	10.35	2.96	63	10.51	3.18
226 KKB4-1 Bel.unbefr.Arb.-Sit., H.z.Zufr.	96	6.03	2.03	72	5.88	2.07	103	6.14	2.00	63	5.78	2.14
227 KKB1-2	98	14.29	5.18	75	14.12	5.18	108	14.08	4.72	63	14.52	5.93
228 KKB2-2	98	9.75	2.48	75	10.29	2.41	108	9.84	2.34	63	10.27	2.67
229 KKB3-2	97	9.05	2.64	75	9.60	2.87	108	9.40	2.48	62	9.14	3.18
230 KKB4-2	98	5.39	1.75	75	5.92	2.31	108	5.67	2.03	63	5.55	2.06
231 KKB1-3	77	14.75	5.07	62	14.61	4.94	88	14.41	4.86	50	15.16	5.28
232 KKB2-3	77	9.31	2.34	62	9.79	2.07	88	9.42	2.35	50	9.68	2.02
233 KKB3-3	77	8.88	3.27	62	10.05	2.87	88	9.11	2.68	50	9.92	3.81
234 KKB4-3	77	5.75	2.09	62	6.12	1.86	88	6.09	1.94	50	5.64	2.08
HG (T1;T2;T3)												
235 HG1-1 Mißtr.geg.Ärzte u.Therap.	98	4.33	1.28	76	4.50	1.29	111	4.58	1.24	61	4.08	1.31
236 HG2-1 Risikovermeid.	99	3.49	.84	76	3.59	.84	111	3.64	.84	62	3.34	.81
237 HG3-1 Beacht.v.Krankh.-anz.	99	4.52	1.17	76	4.29	1.12	111	4.57	1.14	62	4.14	1.13
238 HG4-1 Mißtr.geg.eig. Körp.	99	4.99	1.11	76	4.84	1.14	111	5.08	1.02	62	4.64	1.26
239 HG1-2	97	4.49	1.21	74	4.51	1.24	108	4.54	1.26	61	4.19	1.27
240 HG2-2	98	3.67	.75	74	3.35	.60	108	3.53	.83	62	3.40	.73
241 HG3-2	98	4.38	1.11	74	4.24	1.05	108	4.33	1.10	62	4.26	1.08
242 HG4-2	98	5.08	1.01	73	5.00	.95	108	5.30	.85	61	4.82	1.11
243 HG1-3	76	4.34	1.30	63	4.76	1.80	87	4.61	1.25	51	4.59	1.88
244 HG2-3	76	3.58	.90	63	3.68	1.37	87	3.64	.69	51	3.74	1.53
245 HG3-3	76	4.35	1.12	63	4.22	1.03	87	4.37	1.16	51	4.19	.93
246 HG4-3	76	5.23	.99	63	4.70	1.24	87	5.07	1.03	51	4,67	1.24

Fortsetzung Tabelle 2:

Variable	Gesamte Stichpr.LVA-Kurpatienten 30-40 Jahre N	M	s	41-50 Jahre N	M	s	Gesamte Stichpr.LVA-Kurpatienten Abg.Ber.-Ausb. Ja N	M	s	Abg.Ber.-Ausb. Nein N	M	s
FPI (T1;T2;T3)												
247 FPI2-1 Aggr.	100	3.00	1.74	77	2.57	1.77	111	2.65	1.57	64	3.09	2.06
248 FPI9-1 Offen.	100	8.18	2.65	77	7.93	2.52	111	8.23	2.49	64	7.81	2.78
249 FPIE-1 Extrav.	100	5.54	2.48	77	4.56	2.60	111	5.30	2.47	64	4.73	2.73
250 FPIN-1 Em.Lab.	100	5.80	3.15	77	5.97	2.87	111	5.63	2.98	64	6.31	3.12
251 FPI2-2	101	3.33	2.24	77	2.40	1.85	111	2.94	2.20	65	2.97	2.01
252 FPI9-2	101	8.12	2.62	77	7.57	2.69	111	8.13	2.62	65	7.44	2.71
253 FPIE-2	101	5.95	2.74	77	4.96	2.43	111	5.97	2.49	65	4.74	2.78
254 FPIN-2	101	5.51	3.46	77	4.97	2.86	111	4.87	3.18	65	6.03	3.20
255 FPI2-3	74	2.65	1.70	63	2.29	1.56	86	2.43	1.75	50	2.58	1.45
256 FPI9-3	74	8.27	2.57	63	7.86	2.59	86	8.36	2.41	50	7.58	2.82
257 FPIE-3	74	5.88	2.49	63	4.49	2.68	86	5.49	2.69	50	4.76	2.59
258 FPIN-3	74	6.04	3.03	63	6.05	3.32	86	5.77	3.16	50	6.48	3.13
BPI (T1;T2)												
259 BPI1-1 Geh.	99	10.08	6.96	76	10.26	6.87	110	8.54	6.33	63	13.05	7.06
260 BPI2-1 Err.	99	10.34	5.97	76	10.14	5.63	110	10.16	5.72	63	10.51	6.05
261 BPI3-1 Nerv.	99	8.20	4.76	76	8.03	4.87	110	7.07	4.38	63	9.98	4.85
262 BPI4-1 Depr.	99	6.32	3.66	76	6.57	4.38	110	5.87	3.76	63	7.48	4.20
263 BPI5-1 Int.	99	2.50	2.75	76	3.14	2.76	110	2.25	2.49	63	3.76	2.99
264 PBI6-1 Lüg.	99	2.15	1.45	76	2.09	1.58	110	1.96	1.34	63	2.30	1.72
265 BPI1-2	100	9.19	6.92	76	8.82	6.86	111	7.39	5.84	63	11.98	7.69
266 BPI2-2	100	8.84	6.43	76	7.80	5.53	111	7.88	6.05	63	9.33	6.10
267 BPI3-2	100	7.51	4.85	76	7.33	4.80	111	6.26	4.58	63	9.46	4.51
268 BPI4-2	100	5.58	4.01	76	5.96	3.98	111	5.02	3.76	63	7.09	4.12
269 BPI5-2	100	2.11	2.30	76	2.25	2.49	111	1.86	2.25	63	2.76	2.51
270 BPI6-2	100	2.53	1.65	76	2.53	1.57	111	2.35	1.41	63	2.84	1.90
FBL (T1;T2;T3)												
271 FBL1-1 Allg.	101	30.15	4.34	72	26.28	6.53	105	25.06	6.87	64	28.56	6.60
272 FBL1-2	99	19.23	7.58	76	19.63	7.06	109	17.76	6.91	64	22.30	7.15
273 FBL1-3	77	21.12	6.83	62	22.05	6.22	88	20.53	6.17	50	23.18	6.96
SES (T1;T2;T3)												
274 SES1-1 Geh.St.	97	7.22	2.11	76	6.76	2.30	108	7.43	2.13	63	6.23	2.11
275 SES2-1 Mißst.	97	3.95	1.65	74	3.82	1.62	107	3.84	1.53	62	3.96	1.81
276 SES3-1 Akt.	94	7.53	2.29	74	7.54	2.02	106	8.23	1.97	60	6.31	1.99
277 SES4-1 Gedr.St.	96	4.10	1.70	74	3.98	1.39	106	4.03	1.57	62	4.08	1.59
278 SES5-1 Trägh.	95	4.19	1.74	73	4.20	1.23	106	4.16	1.53	60	4.26	1.57
279 SES6-1 Müd.	96	6.34	2.12	76	6.30	2.22	108	6.06	2.21	62	6.75	2.03
280 SES7-1 Ausg.St.	95	7.18	2.23	74	7.55	1.93	105	7.90	1.88	62	6.41	2.18
281 SES1-2	99	8.23	2.14	74	7.69	1.93	109	8.34	2.08	62	7.32	2.32
282 SES2-2	99	4.22	1.60	74	3.88	1.48	109	3.94	1.46	62	4.24	1.69
283 SES3-3	99	7.86	2.37	74	8.31	1.85	109	8.45	2.18	62	7.27	1.92
284 SES4-2	99	4.15	1.29	75	3.99	1.28	109	3.82	1.15	63	4.52	1.39
285 SES5-2	98	4.38	1.72	74	4.22	1.31	109	4.18	1.41	61	4.67	1.74
286 SES6-2	99	4.95	2.14	74	4.92	2.27	109	4.37	1.69	62	5.80	2.50
287 SES7-2	98	7.44	2.29	75	7.91	2.03	109	7.97	2.18	62	7.00	2.03
288 SES1-3	73	6.75	2.08	63	6.59	2.01	84	6.90	2.17	51	6.31	1.79
289 SES2-3	73	5.26	1.65	63	5.02	1.94	84	5.11	1.77	51	5.23	1.85
290 SES3-3	73	7.82	2.00	63	7.89	2.34	84	8.14	2.15	51	7.39	2.13
291 SES4-3	73	4.63	1.83	63	4.13	1.45	84	4.27	1.49	51	4.59	1.97
292 SES5-3	73	4.54	1.68	63	4.09	1.14	84	4.36	1.52	51	4.27	1.38
293 SES6-3	73	6.20	2.03	63	6.38	2.28	84	6.02	2.05	51	6.70	2.27
294 SES7-3	73	6.86	1.79	63	7.48	1.99	84	7.31	1.87	51	6.90	1.97
BFB (T1;T2;T3)												
295 BFB1-1 Bel.i.Z.m.Ehe	98	9.50	3.62	77	10.03	3.72	111	9.33	3.23	62	10.31	4.26
296 BFB2-2 Überford.Arb.	98	13.05	4.20	76	12.58	4.00	111	12.79	4.15	61	13.02	4.08
297 BFB3-3 Unzufr.Arb., Koll.,Bez.	98	9.78	3.15	77	9.62	2.99	111	9.29	2.85	62	10.53	3.34
298 BFB4-1 Bel.i.Z.m.Ki.	72	5.36	2.10	67	4.79	1.64	87	4.99	1.77	50	5.26	2.14
299 BFB1-2	85	9.23	3.67	63	9.82	3.98	94	9.17	3.30	52	10.00	4.60
300 BFB2-3	83	13.19	3.79	62	12.97	4.16	92	12.74	3.77	51	13.78	4.25
301 BFB3-3	83	9.91	3.42	63	9.63	2.75	94	9.33	2.94	52	10.60	3.39
302 BFB4-3	64	5.27	1.46	56	4.86	1.75	76	5.00	1.47	42	5.23	1.83
303 BFB1-3	76	10.26	4.21	62	10.03	3.55	87	9.71	3.35	50	10.86	4.69
304 BFB2-3	76	12.55	3.23	62	12.26	3.58	87	12.30	3.42	50	12.60	3.38
305 BFB3-3	76	10.39	3.34	62	9.03	2.59	87	9.54	2.96	50	10.20	3.32
306 BFB4-3	54	5.52	1.84	54	5.37	1.82	68	5.45	1.80	39	5.41	1.90
Arzt-u.Betr.-Rating(T2)												
307 Pos.Kurerf., günst.Prog.Arzt (Arztr.1)	101	30.15	4.34	76	31.03	4.72	109	31.48	4.37	66	29.00	4.34
308 Ps.ger.Auff.u.pos. Kurerf.Betr. (Betr.r.)	102	17.80	2.69	77	18.64	3.13	111	18.66	2.81	66	17.29	2.93
309 Psychosom.Gest.Arzt (Arztr.2)	102	6.42	1.52	77	6.34	1.71	111	6.41	1.67	66	6.30	1.50

Fortsetzung Tabelle 2:

Variable	Gesamte Stichpr.LVA-Kurpatienten 30-40 Jahre N	M	s	41-50 Jahre N	M	s	Gesamte Stichpr.LVA-Kurpatienten Abg.Ber.-Ausb. Ja N	M	s	Abg.Ber.-Ausb. Nein N	M	s
Medizinische Variablen (T1,T2)												
310 Größe	103	169.64	8.99	77	169.70	7.90	111	172.44	7.12	67	164.92	8.53
311 Gew.Kuranf.	103	70.71	12.69	77	73.34	10.64	111	74.31	11.44	67	67.85	11.45
312 Gew.Kure.	103	67.69	11.38	77	72.06	9.22	111	72.87	9.93	67	67.10	10.52
313 psR Kuranf.	103	127.33	15.27	75	127.80	13.23	110	127.18	13.47	66	128.10	15.99
314 pdR Kuranf.	103	84.43	10.09	75	85.33	10.24	110	85.23	9.28	66	83.94	11.41
315 psR Kure.	82	122.44	12.30	61	123.92	8.98	93	122.47	11.86	48	124.35	9.13
316 pdR Kure.	82	80.91	8.43	61	82.98	7.33	93	81.25	8.44	48	82.94	7.25
317 Puls Kuranf.	103	76.78	8.75	72	77.75	10.98	108	76.46	9.99	65	78.26	9.31
318 Puls Kure.	68	73.23	10.46	48	75.87	9.66	72	72.53	11.44	42	77.14	6.93
319 Cholest.	103	249.10	47.86	75	253.83	51.52	110	256.42	48.84	66	243.16	49.83
321 Cholest.Nachpr.	35	255.60	40.04	43	240.12	44.43	49	246.69	45.66	20	251.10	35.10
323 Trigl.	103	145.24	85.43	74	149.16	77.22	110	156.45	85.74	65	132.09	74.02
325 Trigl.Nachpr.	18	143.94	80.18	12	172.83	89.46	22	169.23	90.08	8	117.75	49.85
327 Harns.	103	5.84	1.63	75	5.71	1.30	110	6.15	1.48	66	5.21	1.34
329 Harns.Nachpr.	24	6.65	1.28	11	6.89	1.47	28	6.79	1.06	7	6.49	2.18
331 γ -GT	102	22.81	20.27	75	21.88	15.34	109	23.47	17.04	66	19.54	17.99
333 γ -GT Nachpr.	14	36.86	21.46	16	30.56	10.02	22	33.45	18.16	8	33.62	11.09
335 Harnst.	103	34.77	6.80	75	37.13	10.26	110	36.13	7.74	66	35.28	9.75
336 BKS 1.St.	103	5.51	7.84	75	5.66	7.92	110	3.81	3.11	66	8.58	11.71
337 BKS 2.St.	103	12.15	10.31	75	13.32	14.18	110	10.05	7.54	66	17.11	16.39
339 BKS 1.St.Nachpr.	12	12.00	8.82	13	12.54	10.32	11	10.09	6.52	14	14.00	11.14
340 BKS 2.St.Nachpr.	12	29.50	14.39	13	31.08	19.81	11	25.45	13.09	14	34.14	19.26
342 Leuko.	103	55.18	8.61	75	56.88	9.47	110	55.80	8.98	66	56.14	9.16
343 Ery.	103	5.40	.43	75	5.49	.36	110	5.57	.35	66	5.24	.38
344 Hämogl.	103	15.22	1.20	75	15.37	1.22	110	15.66	1.04	66	14.66	1.22

Variable	Aufteilung nach Abgeschlossener Berufsausbildung für männliche Stichprobe der LVA-Kurpatienten Ja N	M	s	Nein N	M	s	Aufteilung nach Abgeschlossener Berufsausbildung für weibliche Stichprobe der LVA-Kurpatienten Ja N	M	s	Nein N	M	s
Anamnestischer Erhebungsbogen (T1)												
1 Alt.	98	38.89	6.12	32	42.16	5.20	13	36.46	4.39	35	39.43	4.19
7 Z.d.Ki.	98	1.04	.64	32	1.16	.63	13	1.08	.76	33	1.18	.63
8 Nettoverd.	95	3.60	.79	31	3.13	.81	10	1.80	.63	33	2.15	.88
17 Z.bish.Arb.-Pl.	98	3.83	2.80	32	4.50	2.14	13	3.31	.95	35	3.17	1.89
24 Dauer Krankm.vor Kur	4	6.50	6.35	1	6.00		0			4	15.00	14.44
26 Dauer Arb.l.vor Kur	5	1.40	.55	3	8.00	8.89	0			6	30.00	20.04
34 Z.d.z.Erhol.gen.Url.-T.	98	1.93	1.46	32	12.25	12.62	11	13.64	11.72	32	17.22	10.83
36 Häufigk.d.Krankm.l.2 J.	98	5.74	6.24	32	2.34	2.06	13	1.46	.88	35	2.40	2.02
37 Dauer d.Krankm.l.2 J.	98	2.66	2.15	32	5.50	4.93	13	5.77	4.88	35	9.60	10.90
45 Z.d.Geschw.	94	2.12	1.34	31	3.26	2.71	13	1.92	2.50	34	2.59	2.46
54 St.Erhol./T.	96	7.19	1.23	32	1.87	1.29	13	1.69	1.18	35	1.57	1.36
58 St.Schlaf	98	2.05	1.16	31	7.03	1.17	13	7.54	1.27	35	6.97	1.25
62 Kaffee-bzw.Teekons./T.	98	2.05	2.16	32	2.12	2.09	13	1.92	1.66	35	2.43	1.97
63 Bierkons./Wo.	97	4.94	2.88	32	4,47	3.17	13	2.15	2.27	34	1.18	2.01
64 Weinkons./Wo.	98	1.12	1.68	32	.75	1.05	13	.69	.75	35	.77	1.33
65 Kons.hochproz.Getr./Wo.	97	.97	2.12	32	.75	1.74	13	.77	1.30	35	.80	2.23
67 J.Rauch.	38	18.87	7.54	9	24.56	4.53	3	8.67	4.04	8	18.50	3.82
68 Rauch.aufgeh.	20	8.35	7.40	7	4.14	2.03	2	6.00	5.66	4	9.00	1.83
69 J.ger.	19	13.89	8.84	7	16.57	10.11	2	11.00	9.90	4	10.75	6.40
70 Zigarett./T.	56	20.61	13.91	15	22.93	14.21	4	7.75	5.85	12	18.50	20.56
74 Schlaftbl.i.l.J.	98	.53	1.18	32	.28	.88	12	.25	.86	35	1.14	1.59
75 Beruhigtbl.i.l.J.	98	1.23	1.72	32	1.16	1.72	12	1.42	1.73	35	2.11	1.87
76 Schmerztbl.i.l.J.	98	1.04	1.28	32	1.41	1.62	12	1.33	1.23	35	1.63	1.23
77 Aufputschtbl.i.l.J.	98	.06	.45	31	.00	.00	12	.33	1.15	34	.03	.17
78 Abführtbl.i.l.J.	98	.30	.81	31	.64	1.17	13	1.31	1.60	35	1.26	1.57
79 Sonst.Medik.i.l.J.	96	1.54	1.81	32	1.94	1.83	12	1.42	1.83	34	1.76	1.97
80 Z.bish.Krankenh.aufenth.	98	2.34	1.75	32	2.34	2.04	13	3.92	1.93	35	3.69	2.63
81 Z.bish.Operat.	98	1.73	1.43	32	1.34	1.57	13	1.77	1.73	35	1.94	1.66
82 Z.bish.Kuraufenth.	97	.39	.49	32	.41	.49	13	.31	.48	35	.46	.50
Katamnestischer Erhebungsbogen (T3)												
Σ 84,85,86 Katamn.BdK	80	10.12	1.57	25	10.12	2.01	7	8.71	2.21	26	9.15	2.29
88 Morg.gymn.Häufigk.	79	1.80	2.37	24	2.33	2.68	7	1.00	2.23	24	1.33	2.09
89 Morg.gymn.Dauer	79	5.77	11.14	24	8.87	13.30	7	5.00	11.18	24	7.21	14.44
90 Wand.Häufigk.	79	1.71	1.79	24	2.00	2.82	7	2.00	2.38	24	1.79	2.58
91 Wand.Dauer	79	104.68	78.28	24	65.83	80.32	7	52.86	64.15	24	58.25	60.12
92 Schwimm.Häufigk.	79	.93	1.42	24	.71	.75	7	.43	.53	24	.96	2.03
93 Schwimm.Dauer	79	32.91	33.39	24	34.37	45.14	7	25.71	32.07	24	23.12	25.78
94 Hautb.Häufigk.	79	1.53	2.93	24	2.00	2.67	7	.71	1.11	24	1.87	2.43
95 Hautb.Dauer	79	3.97	12.04	24	6.96	10.78	7	5.71	7.86	24	3.04	4.03
96 Entsp.Häufigk.	79	1.56	2.18	24	3.79	6.08	7	1.43	2.14	24	1.50	2.34
97 Entsp.Dauer	79	7.67	11.24	24	15.71	19.73	7	33.57	36.59	24	6.54	18.23
98 Ernähr.beib.	78	2.88	.82	25	2.84	1.02	7	2.71	.75	25	2.92	.81

Fortsetzung Tabelle 2:

Variable	Männl.Stichpr.LVA-Kurpatienten Abg.Ber.-Ausb. Ja N	M	s	Abg.Ber.-Ausb. Nein N	M	s	Weibl.Stichpr.LVA-Kurpatienten Abg.Ber.-Ausb. Ja N	M	s	Abg.Ber.-Ausb. Nein N	M	s
113 Dauer d.Arb.l.	2	6.50	2.12	1	28.00		1	15.00		7	17.43	16.65
120 Nettoverd.	8	3.87	.99	1	2.00		0			4	1.75	.50
122 Häufigk.d.Krankm.l.6 Mon.	80	.19	.45	25	.36	.64	7	.00	.00	26	.46	.71
123 Dauer d.Krankm.l.6 Mon.	80	.42	1.14	25	1.64	5.65	7	1.71	4.54	26	1.38	3.31
124 Häufigk.d.Krankenh.aufenth. l.6 Mon.	80	.01	.11	25	.04	.20	7	.14	.38	26	.19	.57
127 Beurt.Ges.-Zust.	80	2.66	.67	25	2.48	.77	7	2.43	.53	26	2.19	.85
128 St.Erhol./T.	80	2.20	1.27	25	1.96	1.21	7	1.42	.53	26	1.81	1.23
130 St.körp.Bet./Wo.	80	2.85	1.27	25	2.76	1.36	7	1.86	.69	26	2.61	1.26
131 Kaffee-bzw.Teekons./T.	80	2.17	1.64	25	2.04	1.37	7	3.14	1.21	26	2.35	1.49
132 Bierkons./Wo.	80	3.30	2.45	25	3.40	3.08	7	1.43	1.39	26	.54	.81
133 Kons.hochproz.Getr./Wo.	79	.43	.84	25	.48	1.05	7	.14	.37	26	.31	.67
134 Weinkons./Wo.	79	.69	.92	25	.64	1.00	7	.43	.78	24	.83	.96
139 Zigarett./T.	26	13.65	8.43	0			2	12.50	3.54	5	10.20	5.93
143 Schlaftbl.l.6 Mon.	80	.29	.86	25	.12	.60	7	.43	1.13	26	.15	.54
144 Beruhtbl.l.6 Mon.	80	.66	1.30	25	.72	1.48	7	2.00	2.00	26	1.58	1.79
145 Schmerztbl.l.6 Mon.	80	1.00	1.29	25	.96	1.42	7	1.43	1.39	26	1.31	1.54
146 Aufputschtbl.l.6 Mon.	80	.06	.33	25	.00	.00	7	.00	.00	26	.38	1.13
147 Abführtbl.l.6 Mon.	80	.22	.84	25	.28	.89	7	.71	1.25	26	.88	1.59
148 Sonst.Medik.l.6 Mon.	80	.91	1.56	25	1.32	1.70	7	1.20	1.70	26	1.61	1.85
149 Hausarzt aufg.l.6 Mon.	80	1.81	2.72	25	2.44	3.09	7	1.57	1.13	26	4.23	5.24
150 Facharzt aufg.l.6 Mon.	79	.32	.91	25	.76	2.08	7	2.00	3.65	26	2.08	4.65
151 Psychol.usw.aufg.l.6 Mon.	79	.01	.11	25	.00	.00	7	.00	.00	25	.32	1.14
152 Ggw.Körp.gew.	77	74.93	8.50	24	72.67	8.83	7	60.43	2.50	24	61.12	9.55
154 Er.Fam.unang.	80	.65	1.56	25	.56	1.47	7	.00		26	1.58	2.21
155 Er.Fam.bel.	80	.67	1.63	25	.56	1.47	7	.00		26	1.58	2.19
156 Er.Ber.unang.	80	.25	.95	25	.29	1.47	7	.43	1.13	26	.46	1.36
157 Er.Berg.bel.	80	.29	1.07	25	.32	1.47	7	.43	1.13	26	.50	1.39
164 Zuv.Ges.	80	2.64	1.11	25	2.48	.77	7	2.57	.98	26	2.23	1.03
165 Zuv.Fam.	80	2.69	.77	25	2.48	.71	7	2.57	.53	25	2.32	.94
166 Zuv.Ber.	78	3.13	.79	25	2.92	.86	7	2.57	.79	26	2.73	1.00
167 Zuv.sonst.Bez.	79	2.70	.70	25	2.40	.77	7	2.86	.69	25	2.56	.71
Psychologisches Interview (T1)												
168 Wann entschl.z.Kur	98	5.51	4.74	29	6.03	4.73	13	5.08	3.06	32	4.81	1.85
169 Anstr.	98	1.81	1.18	29	1.83	1.10	13	1.77	1.16	32	1.69	1.03
170 Eig.-Fremd-Init.	98	2.79	1.69	29	2.79	1.65	13	3.92	1.32	32	3.34	1.53
171 Sorg.Arb.-Pl.	98	1.60	1.17	29	2.31	1.46	11	1.18	.60	31	1.55	1.17
172 Sorg.Fam.	98	2.19	1.44	28	1.86	1.14	13	2.69	1.49	32	2.87	1.71
173 Er.Fam.unang.	98	1.19	1.88	29	1.13	1.82	13	1.46	1.98	32	2.16	2.34
174 Er.Fam.bel.	98	1.37	2.02	29	1.21	2.02	13	1.77	2.31	32	2.16	2.34
175 Er.Ber.unang.	98	1.11	1.87	29	2.03	2.22	13	1.46	2.06	32	.97	1.82
176 Er.Ber.bel.	98	1.37	2.10	29	2.07	2.21	13	1.69	2.35	32	.91	1.74
177 Er.Ges.unang.	98	1.43	2.13	29	.83	1.69	13	1.92	2.25	32	2.41	2.46
178 Er.Ges.bel.	98	1.40	2.10	29	.96	1.82	13	1.92	2.29	32	2.37	2.47
179 Er.wirtsch.unang.	98	.65	1.42	29	.41	1.01	13	.92	1.84	32	.47	1.29
180 Er.wirtsch.bel.	98	.89	1.76	29	.62	1.44	13	1.15	2.03	32	.56	1.36
181 Er.sonst.unang.	98	.44	1.22	29	.37	1.20	13	.69	1.70	32	.25	.95
182 Er.sonst.bel.	98	.56	1.44	29	.41	1.26	13	.76	1.87	32	.25	.95
183 Soz.ps.som.Z.	98	3.65	1.43	29	3.55	1.47	13	3.07	1.49	32	3.56	1.54
184 Ki.glückl.-ungl.	98	2.59	1.46	29	3.17	1.33	13	2.84	1.62	32	3.16	1.64
185 Ki.ger.-unger.	98	2.72	1.36	29	3.14	1.06	13	2.77	1.78	32	2.94	1.48
186 Ki.str.n.str.	98	2.74	1.38	29	2.45	1.08	13	2.77	1.73	32	2.69	1.42
187 Selbstzufr.	98	2.57	1.50	29	3.07	1.46	13	2.54	1.66	32	3.16	1.78
188 Ehrg.	98	1.92	1.17	29	2.44	1.35	13	1.84	.89	32	2.28	1.27
189 Nutz.psychol.Unt.	98	3.23	1.35	29	2.97	1.18	13	2.54	1.50	32	3.34	1.45
190 Klags.	98	2.78	1.42	29	2.97	1.40	13	2.84	1.28	32	3.31	1.33
191 Mitt.Soz.	98	3.86	1.04	29	3.69	1.31	13	4.00	1.15	32	3.59	1.31
192 Mitt.Int.	98	3.10	1.29	29	2.76	1.55	13	3.38	1.44	32	3.75	1.39
193 Symp.	98	2.52	.82	29	2.72	1.03	13	2.23	.72	32	2.43	.94
194 SE	98	3.25	1.00	29	3.41	1.05	13	3.07	1.18	32	3.19	.96
197 FE ges.	97	1.96	1.10	29	1.69	1.07	13	2.54	1.56	32	1.97	.93
198 FE 1-5J.	92	.49	.73	26	.58	.75	13	.77	.83	20	.53	.73
199 FE 6-14J.	92	1.46	.88	26	1.08	.89	13	1.23	1.01	30	1.33	.75
200 FE üb.14J.	92	.16	.51	26	.23	.58	13	.46	1.19	30	.27	.69
Psychologische Fragebogen												
EzK (T1)												
216 EzK1 Erw.befr.Ges.-Zust.	93	37.57	5.09	31	36.84	5.88	13	39.46	3.95	34	39.53	5.73
217 EzK2 Erw.Entl.v.allt.Anf., Ausspr.,Kont.	93	21.02	4.66	31	19.84	3.74	13	23.08	5.19	34	21.68	6.36
218 EzK3 Erw.natürl.Heilm., Erf.-Zuv.	93	35.68	3.74	31	34.58	4.73	13	36.54	2.99	34	35.47	5.63
BdK (T2)												
219 BdK1 Glob.subj.Kurerf.	97	31.42	5.13	31	28.71	6.83	12	28.83	8.08	33	26.30	6.39
220 Zufr.med.Unt.Beh.	97	14.79	4.40	31	14.45	3.91	12	14.83	4.67	33	13.64	3.94
221 Zufr.m.erh.-u.kommun.-förd.Bed.	97	24.01	5.40	31	23.77	4.72	12	21.67	5.71	33	23.88	5.67
222 BdK4 Pos.Bew.psych.Kurm.	97	12.21	4.03	31	12.35	3.23	12	12.00	3.86	33	12.09	3.48

Fortsetzung Tabelle 2:

Variable	Männl.Stichpr.LVA-Kurpatienten Abg. Ber.-Ausb. Ja N	M	s	Abg.Ber.-Ausb. Nein N	M	s	Weibl.Stichpr.LVA-Kurpatienten Abg.Ber.-Ausb. Ja N	M	s	Abg.Ber.-Ausb. Nein N	M	s
KKB (T1;T2;T3)												
223 KKB1-1 Seel.psychosoz. Probl., Ps.-Th.	91	13.91	4.54	29	13.38	5.31	12	16.67	6.43	34	15.94	5.48
224 KKB2-1 Streß u.Schon.	91	10.71	2.21	29	10.41	2.95	12	12.50	1.51	34	12.94	2.03
225 KKB3-1 Körperleid.u.Org.-Med.	90	10.23	3.05	29	9.72	2.89	12	11.25	2.05	34	11.18	3.31
226 KKB4-1 Bel.unbefr.Arb.-Sit., H.z.Zufr.	91	6.15	2.04	29	5.59	1.99	12	6.00	1.76	34	5.94	2.28
227 KKB1-2	96	13.63	4.43	25	13.96	5.20	12	17.67	5.63	32	16.12	6.70
228 KKB2-2	96	9.73	2.31	25	9.60	1.93	12	10.75	2.56	32	10.84	2.51
229 KKB3-2	96	9.37	2.34	25	10.12	3.84	12	9.58	3.55	31	9.19	3.57
230 KKB4-2	96	5.72	2.03	25	6.16	2.21	12	5.25	2.05	32	5.47	1.91
231 KKB1-3	81	14.05	4.56	31	12.87	4.55	7	18.57	6.60	25	16.36	5.18
232 KKB2-3	81	9.31	2.31	31	9.68	2.73	7	10.71	2.62	25	9.76	2.14
233 KKB3-3	81	8.97	2.56	31	9.10	2.80	7	10.71	3.77	25	9.72	3.85
234 KKB4-3	81	6.05	1.99	31	5.64	2.22	7	6.57	1.27	25	5.12	1.85
HG (T1;T2;T3)												
235 HG1-1 Mißtr.geg.Ärzte u.Therap.	98	4.59	1.22	30	4.30	1.21	13	4.46	1.39	31	3.87	1.38
236 HG2-1 Risikovermeid.	98	3.69	.84	30	3.40	.89	13	3.23	.72	32	3.28	.73
237 HG3-1 Beacht.v.Krankh.-anz.	98	4.61	1.11	30	4.07	.94	13	4.23	1.36	32	4.22	1.29
238 HG4-1 Mißtr.geg.eig. Körp.	98	5.14	.96	30	4.93	1.26	13	4.61	1.32	32	4.37	1.21
239 HG1-2	96	4.55	1.27	29	4.34	1.28	12	4.42	1.24	32	4.06	1.26
240 HG2-2	96	3.55	.86	30	3.57	.85	12	3.33	.65	32	3.25	.56
241 HG3-2	96	4.26	1.10	30	4.13	.97	12	4.92	.90	32	4.37	1.18
242 HG4-2	96	5.34	.83	29	4.79	1.23	12	5.00	1.04	32	4.84	1.01
243 HG1-3	80	4.64	1.22	25	4.48	1.19	6	4.29	1.60	26	4.69	2.39
244 HG2-3	80	3.66	.69	25	3.64	.81	6	3.43	.79	26	3.84	2.01
245 HG3-3	80	4.37	1.16	25	4.08	.90	6	4.29	1.25	26	4.31	.97
246 HG4-3	80	5.12	1.03	25	4.76	.97	6	4.43	.98	26	4.58	1.47
FPI (T1;T2;T3;)												
247 FPI2-1 Aggr.	98	2.64	1.63	32	3.50	2.27	13	2.76	1.09	32	2.69	1.76
248 FPI9-1 Offen.	98	8.40	2.51	32	7.81	2.90	13	6.92	1.93	32	7.81	2.71
249 FPIE-1 Extrav.	98	5.38	2.53	32	4.78	2.77	13	4.77	2.00	32	4.69	2.74
250 FPIN-1 Em.Lab.	98	5.50	3.01	32	5.40	2.98	13	6.61	2.63	32	7.22	3.04
251 FPI2-2	98	2.94	2.20	32	2.68	2.08	13	2.92	2.25	33	3.24	1.93
252 FPI9-2	98	8.13	2.61	32	7.31	3.06	13	8.08	2.78	33	7.58	2.37
253 FPIE-2	98	6.12	2.48	32	4.75	2.80	13	4.84	2.30	33	4.73	2.79
254 FPIN-2	98	4.72	3.22	32	4.96	3.00	13	6.00	2.61	33	7.06	3.10
255 FPI2-3	80	2.40	1.74	25	2.68	1.24	6	2.83	2.13	25	2.48	1.66
256 FPI9-3	80	8.32	2.41	25	7.76	3.16	6	8.83	2.63	25	7.40	2.50
257 FPIE-3	80	5.52	2.68	25	4.80	2.46	6	5.00	2.96	25	4.72	2.76
258 FPIN-3	80	5.69	3.15	25	5.56	3.41	6	6.83	3.43	25	7.40	2.58
BPI (T1;T2)												
259 BPI1-1 Geh.	97	8.00	6.23	30	11.87	7.40	13	12.61	5.70	33	14.12	6.66
260 BPI2-1 Err.	97	10.15	5.86	30	9.00	6.30	13	10.23	4.74	33	11.88	5.55
261 BPI3-1 Nerv.	97	6.70	4.32	30	7.90	5.09	13	9.85	3.97	33	11.88	3.78
262 BPI4-1 Depr.	97	5.55	3.68	30	6.07	4.02	13	8.23	3.65	33	8.76	4.00
263 BPI5-1 Int.	97	2.02	2.30	30	3.20	2.83	13	4.00	3.21	33	4.27	3.09
264 BPI6-1 Lüg.	97	1.96	1.39	30	2.37	1.67	13	1.92	.95	33	2.33	1.79
265 BPI1-2	98	6.98	5.78	31	11.23	7.51	13	10.54	5.56	32	12.72	7.90
266 BPI2-2	98	7.69	6.18	31	8.10	6.07	13	9.31	4.93	32	10.53	5.98
267 BPI3-2	98	5.98	4.63	31	8.00	4.34	13	8.38	3.66	32	10.87	4.27
268 BPI4-2	98	4.72	3.65	31	6.19	3.74	13	7.23	3.94	32	7.97	4.34
269 BPI5-2	98	1.66	2.07	31	2.64	2.19	13	3.38	3.01	32	2.87	2.82
270 BPI6-2	98	2.39	1.45	31	2.97	2.10	13	2.00	1.08	32	2.72	1.70
FBL (T1;T2;T3)												
271 FBL1-1 Allg.	92	24.49	6.80	31	25.84	6.97	13	29.08	6.20	33	31.12	5.13
272 FBL1-2	97	17.34	6.79	31	19.93	6.51	12	21.17	7.27	33	24.51	7.11
273 FBL1-3	81	20.10	6.03	25	20.72	5.63	7	25.57	5.91	25	25.64	7.40
SES (T1;T2;T3)												
274 SES1-1 Geh.St.	95	7.53	2.09	30	6.46	2.14	13	6.69	2.35	33	6.03	2.09
275 SES2-1 Mißst.	94	3.80	1.52	29	4.41	1.88	13	4.15	1.62	33	3.57	1.69
276 SES3-1 Akt.	93	8.37	1.92	29	6.93	1.81	13	7.23	2.12	31	5.74	2.01
277 SES4-1 Gedr.St.	93	4.03	1.53	29	3.86	1.38	13	4.00	1.91	33	4.27	1.75
278 SES5-1 Trägh.	93	4.13	1.53	29	4.03	1.26	13	4.38	1.60	31	4.48	1.80
279 SES6-1 Müd.	96	6.01	2.13	30	6.30	2.03	12	6.42	2.84	32	7.19	1.95
280 SES7-1 Ausg.St.	92	8.11	1.75	29	6.90	2.04	13	6.46	2.18	33	6.00	2.25
281 SES1-2	97	8.43	1.98	30	7.33	2.19	12	7.58	2.75	32	7.31	2.48
282 SES2-2	97	3.89	1.34	30	4.10	1.74	12	4.42	2.23	32	4.37	1.66
283 SES3-2	97	8.59	2.03	30	7.60	1.79	12	7.33	3.02	32	6.97	2.02
284 SES4-2	97	3.74	1.04	30	4.30	1.31	12	4.42	1.78	33	4.73	1.44
285 SES5-2	97	4.14	1.40	30	4.07	1.14	12	4.50	1.50	31	5.26	2.03
286 SES6-2	97	4.29	1.65	30	5.57	2.76	12	5.00	1.95	32	6.00	2.25
287 SES7-2	97	8.11	2.11	30	7.33	1.95	12	6.83	2.55	32	6.68	2.08

Fortsetzung Tabelle 2:

Variable	Männl.Stichpr.LVA-Kurpatienten Abg. Ber.-Ausb. Ja			Abg.Ber.-Ausb. Nein			Weibl.Stichpr.LVA-Kurpatienten Abg. Ber.-Ausb. Ja			Abg.Ber.-Ausb. Nein		
	N	M	s	N	M	s	N	M	s	N	M	s
288 SES1-3	77	7.01	2.22	25	6.44	2.00	7	5.71	.95	26	6.19	1.60
289 SES2-3	77	5.01	1.72	25	5.20	2.10	7	6.14	2.11	26	5.26	1.61
290 SES3-3	77	8.20	2.17	25	8.04	1.45	7	7.43	1.98	26	6.77	2.50
291 SES4-3	77	4.16	1.38	25	4.12	1.56	7	5.43	2.22	26	5.04	2.23
292 SES5-3	77	4.35	1.52	25	4.12	1.20	7	4.43	1.61	26	4.42	1.55
293 SES6-3	77	5.90	1.96	25	6.60	2.36	7	7.27	2.69	26	6.81	2.22
294 SES7-3	77	7.27	1.92	25	7.48	1.98	7	7.71	1.25	26	6.34	1.83
BFB (T1;T2;T3)												
295 BFB1-1 Bel.i.Z.m.Ehe	98	9.31	3.19	30	10.13	3.66	13	9.54	3.67	32	10.47	4.82
296 BFB2-1 Überford.Arb.	98	12.81	4.20	29	12.28	4.10	13	12.69	3.92	32	13.69	4.01
297 BFB3-1 Unzufr.Arb., Koll.,Bez.	98	9.15	2.61	30	9.87	3.03	13	10.31	4.23	32	11.16	3.55
298 BFB4-1 Bel.i.Z.m.Ki.	78	4.92	1.73	25	4.92	1.82	9	5.56	2.13	25	5.60	2.41
299 BFB1-2	80	9.61	3.29	21	9.38	3.50	12	10.83	4.06	31	10.42	5.23
300 BFB2-2	80	12.15	3.35	20	12.70	4.65	11	14.54	4.22	31	14.48	3.89
301 BFB3-2	80	9.36	2.75	21	9.71	2.68	12	9.92	3.84	31	11.19	3.71
302 BFB4-2	63	5.38	1.76	14	4.75	1.29	10	5.80	2.04	26	5.54	2.06
303 BFB1-3	82	8.92	3.13	25	10.52	3.46	7	10.86	4.10	25	11.20	5.73
304 BFB2-3	81	12.49	3.66	25	12.28	3.63	7	14.00	4.00	25	12.92	3.14
305 BFB3-3	82	9.24	2.80	25	9.36	3.06	7	11.57	4.57	25	11.04	3.42
306 BFB4-3	66	4.87	1.35	22	5.00	1.69	5	6.40	2.30	17	5.94	2.07
Arzt-u.Betr.-Rating(T2)												
307 Pos.Kurerf., günst.Prog.Arzt (Arztr.1)	96	31.93	4.14	32	30.72	4.77	13	28.15	4.76	34	27.38	3.20
308 Ps.ger.Auff.u.pos. Kurerf.Betr. (Betr.r.)	98	18.81	2.74	32	17.50	3.00	13	17.54	3.18	34	17.09	2.90
309 Psychosom.Gest.Arzt (Arztr.2)	98	6.41	1.65	32	6.19	1.66	13	6.46	1.85	34	6.41	1.35
Medizinische Variablen (T1;T2)												
310 Größe	98	173.82	6.23	32	169.81	8.05	13	162.08	4.48	35	160.46	6.26
311 Gew.Kuranf.	98	75.89	10.90	32	73.53	9.45	13	62.46	8.27	35	62.66	10.71
312 Gew.Kure.	98	74.41	9.21	32	72.72	7.97	13	61.31	7.23	35	61.97	10.00
313 psR Kuranf.	97	127.11	13.42	31	128.39	15.29	13	127.69	14.37	35	127.86	16.81
314 pdR Kuranf.	97	85.47	9.19	31	86.93	10.38	13	83.46	10.08	35	81.27	11.77
315 psR Kure.	87	122.47	11.83	25	124.80	8.35	6	122.50	13.32	23	123.87	10.08
316 pdR Kure.	87	81.22	8.37	25	82.84	7.87	6	81.67	10.32	23	83.04	6.69
317 Puls Kuranf.	95	76.05	10.04	30	75.87	9.49	13	79.46	9.38	35	80.31	8.78
318 Puls Kure.	67	72.06	11.13	19	73.37	6.80	5	78.80	14.94	23	80.26	5.40
319 Cholest.	97	256.66	47.80	31	249.52	51.05	13	254.61	58.19	35	237.54	48.76
321 Cholest.Nachpr.	44	245.79	42.93	12	245.50	40.46	5	254.60	71.53	8	259.50	25.36
323 Trigl.	97	160.36	88.09	30	140.47	59.53	13	127.31	60.38	35	124.91	84.72
325 Trigl.Nachpr.	21	174.00	89.40	5	111.80	45.07	1	69.00		3	127.67	66.33
327 Harns.	97	6.34	1.36	31	5.86	.94	13	4.80	1.67	35	4.64	1.39
329 Harns.Nachpr.	25	6.88	1.03	4	7.75	.52	3	6.00	1.15	3	4.80	2.54
331 γ-GT	96	24.01	17.53	31	21.16	16.92	13	19.46	12.69	35	18.11	19.03
333 γ-GT Nachpr.	20	35.28	18.09	6	33.17	12.32	2	15.50	.71	2	35.00	9.90
335 Harnst.	97	35.84	6.86	31	37.81	6.65	13	38.26	12.71	35	33.04	11.48
336 BKS1.St.	97	3.51	2.88	31	4.64	3.48	13	6.00	4.00	35	12.06	15.00
337 BKS2.St.	97	9.25	7.00	31	12.71	9.14	13	16.00	9.02	35	21.00	20.17
339 BKS1.St.Nachpr.	9	10.28	7.13	4	8.25	5.38	2	8.50	3.54	10	16.30	12.22
340 BKS2.St.Nachpr.	9	26.11	14.49	4	23.75	12.61	2	22.50	3.54	10	38.30	20.40
342 Leuko.	97	56.15	9.04	31	57.93	8.93	13	53.15	8.47	35	54.54	9.19
343 Ery.	97	5.63	.29	31	5.93	.28	13	5.14	.43	35	4.99	.28
344 Hämogl.	97	15.81	.90	31	15.54	.94	13	14.55	1.38	35	13.89	.87

Tab. 3: Statistische Grundauswertung für metrische Variablen von weiteren Untergruppen der Stichprobe der LVA-Kurpatienten, und zwar jeweils der gesamten, der männlichen und der weiblichen Gruppe der im Belastungsrating des Psychologischen Interviews als nicht bis in mittlerem Ausmaß sowie als sehr belastet eingeschätzten Patienten, außerdem der jeweils gesamten Gruppe der Teilnehmer und der Nichtteilnehmer an der Katamnestischen Untersuchung (Halbjahreskatamnese; unter Berücksichtigung der T1- und T2-Daten; zu T3-Daten der Teilnehmer siehe Grundauswertungstabelle 1). Pro Variable Darstellung von Stichprobenumfang (N), Mittelwert (M) und Standardabweichung (s). Polung bzw. Skalierung wie bei Grundauswertungstabelle 1 (außer bei Zahl der Kinder mit drei Klassen 0, 1, ≥ 2, sowie bei Zahl bisheriger Kuraufenthalte mit zwei Klassen 0, ≥ 1). Kuranfang = T1; Kurende = T2; Halbjahreskatamnese = T3

Variable	Aufteilung nach Belastungsrating im Psychologischen Interview für gesamte LVA-Kurpatienten-Stichprobe						Aufteilung nach Belastungsrating im Psychologischen Interview für männliche Stichprobe der LVA-Kurpatienten					
	Nicht bis mittel belastet			Sehr belastet			Nicht bis mittel belastet			Sehr belastet		
Anamnestischer Erhebungsbogen (T1)	N	M	s	N	M	s	N	M	s	N	M	s
1 Alt.	100	39.65	5.75	72	39.35	5.62	81	39.84	6.01	46	39.61	6.11
7 Z.d.Ki.	99	1.00	.67	72	1.21	.60	81	.99	.66	46	1.22	.59
8 Nettoverd.	96	3.26	.94	67	3.00	1.10	79	3.48	.84	44	3.52	.76
17 Z.bish.Arb.-Pl.	100	3.84	2.65	72	3.83	2.21	81	3.99	2.86	46	4.09	2.36
24 Dauer Krankm.vor Kur	6	11.66	12.84	3	7.33	4.93	4	7.00	6.16	1	4.00	
26 Dauer Arb.l.vor Kur	2	24.00	8.48	10	18.10	19.87	1	18.00		5	6.20	5.80
34 Z.d.z.Erhol.gen.Url.-T.	98	16.65	11.06	69.	14.83	10.73	81	16.23	10.90	46	14.90	10.75
36 Häufigk.d.Krankm.l.2 J.	100	2.00	1.39	72	2.08	1.81	81	1.99	1.42	46	1.91	1.57
37 Dauer d.Krankm.l.2 J.	100	6.15	6.24	72	6.97	8.53	81	5.41	4.91	46	6.05	7.35
45 Z.d.Geschw.	98	2.90	2.40	72	2.43	2.23	80	2.85	2.31	46	2.65	2.23
54 St.Erhol./T.	97	2.07	1.28	71	1.76	1.43	78	2.13	1.28	45	1.93	1.44
58 St.Schlaf	98	7.29	1.16	71	6.99	1.32	79	7.21	1.16	45	7.04	1.35
62 Kaffee-bzw.Teekons./T.	100	2.15	2.05	72	2.08	2.05	81	2.05	2.10	46	1.98	2.11
63 Bierkons./Wo.	99	4.34	3.15	71	3.65	3.00	81	5.01	2.92	45	4.78	2.90
64 Weinkons./Wo.	100	1.02	1.60	72	.90	1.32	81	1.06	1.70	46	1.04	1.32
65 Kons.hochproz.Getr./Wo.	99	.97	8.01	72	.67	1.30	80	1.05	2.36	46	.74	1.36
67 J.Rauch.	34	19.59	7.29	22	18.64	7.63	29	20.14	7.46	17	19.65	7.67
68 Rauch.aufgeh.	20	6.85	5.38	12	8.33	7.66	17	6.59	5.80	9	8.56	8.63
69 J.ger.	20	14.20	8.80	11	14.18	8.92	17	15.00	8.98	8	15.00	9.80
70 Zigarett./T.	50	23.46	16.83	34	15.00	9.73	43	24.23	15.70	26	15.23	7.75
74 Schlaftbl.i.l.J.	99	.33	.96	72	.97	1.50	81	.26	.84	46	.85	1.44
75 Beruhtbl. i.l.J.	99	1.00	1.66	72	1.93	1.78	81	.93	1.63	46	1.72	1.74
76 Schmerztbl.i.l.J.	99	1.07	1.33	72	1.40	1.33	81	.97	1.35	46	1.33	1.35
77 Aufputschtbl.i.l.J.	98	.05	.41	71	.08	.52	81	.05	.44	45	.04	.29
78 Abführtbl.i.l.J.	100	.55	1.12	71	.68	1.20	81	.39	.91	45	.31	.79
79 Sonst.Medik.i.l.J.	98	1.65	1.87	71	1.61	1.79	80	1.56	1.84	45	1.73	1.77
80 Z.bish.Krankenh.aufenth.	100	2.53	2.02	72	3.08	2.15	81	2.23	1.72	46	2.59	1.98
81 Z.bish.Operat.	100	1.66	1.53	72	1.86	1.53	81	1.51	1.38	46	1.91	1.63
82 Z.bish.Kuraufenth.	100	.34	.47	71	.48	.50	81	.36	.48	45	.47	.50
Katamnestischer Erhebungsbogen (T3)												
Σ 84,85,86 Katamn.BdK	81	10.05	1.66	53	9.55	2.18	68	10.19	1.56	35	9.94	1.91
88 Morg.gymn.Häufigk.	78	1.54	2.29	52	1.98	2.43	66	1.62	2.33	35	2.37	2.53
89 Morg.gymn.Dauer	78	5.17	11.23	52	6.81	10.89	66	5.03	9.98	35	7.63	11.36
90 Wand.Häufigk.	78	1.56	1.52	52	1.94	2.58	66	1.67	1.60	35	1.88	2.65
91 Wand.Dauer	78	93.72	81.80	52	81.54	70.74	66	100.98	84.00	35	89.29	73.12
92 Schwimm.Häufigk.	78	.97	1.45	52	.51	.54	66	1.06	1.55	35	.54	.56
93 Schwimm.Dauer	78	31.79	34.91	52	28.85	34.79	66	33.71	35.92	35	31.71	38.00
94 Hautb.Häufigk.	78	1.27	2.03	52	2.13	3.49	66	1.38	2.15	35	2.14	3.91
95 Hautb.Dauer	78	3.88	7.81	52	5.21	14.03	66	4.09	8.15	35	5.89	16.92
96 Entsp.Häufigk.	78	1.95	2.45	52	2.02	4.44	66	1.92	2.41	35	2.46	5.22
97 Entsp.Dauer	78	8.46	10.91	52	11.85	21.96	66	9.04	11.37	35	8.60	13.04
98 Ernähr.beib.	80	2.85	.84	52	2.85	.84	67	2.87	.89	34	2.82	.83
113 Dauer d.Arb.l.	2	19.50	6.36	9	15.44	15.73	0			3	13.67	12.50
120 Nettoverd.	6	2.83	.75	7	3.29	1.70	5	3.00	.71	4	4.50	1.00
122 Häufigk.d.Krankm.l.6 Mon.	81	.20	.46	53	.34	.62	68	.15	.40	35	.34	.59
123 Dauer d.Krankm.l.6 Mon.	81	.53	1.64	53	1.47	4.52	68	.26	.77	35	1.57	4.90
124 Häfigk.d.Krankenh.aufenth. l.6 Mon.	81	.04	.25	53	.09	.35	68	.00	.00	35	.06	.24
127 Beurt.Ges.-Zust.	81	2.58	.65	53	2.47	.80	68	2.63	.64	35	2.60	.69
128 St.Erhol./T.	81	2.23	1.35	53	1.81	1.00	68	2.28	1.43	35	1.91	.78
130 St.Körp.Bet./Wo.	81	2.66	1.27	53	2.91	1.29	68	2.76	1.32	35	3.00	1.23
131 Kaffee-bzw.Teekons./T.	81	2.20	1.56	53	2.26	1.49	68	2.18	1.57	35	1.97	1.50
132 Bierkons./Wo.	81	3.05	2.72	53	2.37	2.26	68	3.53	2.69	35	3.11	2.37
133 Kons.Hochproz.Getr./Wo.	80	.46	.94	53	.34	.67	67	.52	1.00	35	.31	.63
134 Weinkons./Wo.	79	.80	.99	52	.56	.85	67	.75	.92	35	.60	.97
139 Zigarett./T.	23	14.05	9.37	15	12.93	6.85	18	15.22	10.22	14	12.43	6.81
143 Schlaftbl.l.6 Mon.	81	.15	.61	53	.34	.91	68	.15	.62	35	.37	.97
144 Beruh.tbl.l.6 Mon.	81	.44	1.16	53	1.57	1.71	68	.33	1.03	35	1.26	1.57
145 Schmerztbl.l.6 Mon.	81	.80	1.22	53	1.40	1.44	68	.71	1.16	35	1.40	1.39
146 Aufputschtbl.l.6 Mon.	81	.09	.50	53	.15	.66	68	.04	.27	35	.06	.33
147 Abführtbl.l.6 Mon.	81	.22	.83	53	.51	1.15	68	.16	.70	35	.28	.89
148 Sonst.Medik.l.6 Mon.	81	1.02	1.68	53	1.26	1.59	68	.93	1.61	35	1.23	1.59
149 Hausarzt aufg.l.6 Mon.	81	2.17	2.96	53	2.70	4.19	68	1.96	2.77	35	2.02	3.00
150 Facharzt aufg.l.6 Mon.	80	.40	1.34	53	1.38	3.61	67	.24	.79	35	.74	1.90
151 Psychol.usw.aufg.l.6 Mon.	80	.00	.00	52	.17	.81	67	.00	.00	35	.03	.16
152 Ggw.Körp.gew.	77	73.61	9.61	51	68.84	9.78	64	75.53	8.89	35	73.09	7.46
154 Er.Fam.unang.	81	.44	1.27	53	1.34	2.11	68	.44	1.37	35	1.03	1.90
155 Er.Fam.bel.	81	.46	1.35	53	1.36	2.10	68	.45	1.35	35	1.06	1.95
156 Er.Ber.unang.	81	.12	.68	53	.62	1.47	68	.07	.43	35	.66	1.55
157 Er.Ber.bel.	81	.07	.41	53	.77	1.69	68	.07	.43	35	.74	1.70

Fortsetzung Tabelle 3:

Variable	Gesamte Stichpr.LVA-Kurpatienten Nicht bis mittel belastet			Sehr belastet			Männl.Stichpr.LVA-Kurpatienten Nicht bis mittel belastet			Sehr belastet		
	N	M	s	N	M	s	N	M	s	N	M	s
164 Zuv.Ges.	81	2.67	.77	53	2.32	.91	68	2.71	.75	35	2.40	.84
165 Zuv.Fam.	81	2.74	.75	52	2.29	.78	68	2.81	.72	35	2.31	.75
166 Zuv.Ber.	79	3.14	.76	53	2.70	.93	66	3.23	.72	35	2.77	.91
167 Zuv.sonst.Bez.	79	2.66	.76	52	2.53	.74	67	2.70	.70	35	2.46	.79
Psychologisches Interview (T1)												
168 Wann entschl.z.Kur	100	5.67	5.09	72	5.11	2.58	81	5.81	5.57	46	5.30	2.67
169 Anstr.	100	1.85	1.19	72	1.69	1.04	81	1.81	1.20	46	1.80	1.08
170 Eig.-Fremd-Init.	100	2.96	1.62	72	3.00	1.71	81	2.80	1.67	46	2.76	1.70
171 Sorg.Arb.-Pl.	99	1.64	1.24	70	1.74	1.22	81	1.70	1.27	46	1.87	1.27
172 Sorg.Fam.	99	1.78	1.13	72	3.03	1.61	80	1.79	1.18	46	2.69	1.53
173 Er.Fam.unang.	100	.69	1.43	72	2.35	2.25	81	.67	1.37	46	2.09	2.24
174 Er.Fam.bel.	100	.71	1.50	72	2.64	2.32	81	.70	1.47	46	2.43	2.35
175 Er.Ber.unang.	100	.98	1.70	72	1.67	2.21	81	1.07	1 .79	46	1.76	2.24
176 Er.Ber.bel.	100	1.13	1.87	72	1.85	2.31	81	1.25	1.96	46	2.04	2.36
177 Er.Ges.unang.	100	1.33	2.03	72	1.85	2.34	81	1.21	1.96	46	1.43	2.20
178 Er.Ges.bel.	100	1.35	2.04	72	1.82	2.33	81	1.22	1.95	46	1.43	2.20
179 Er.wirtsch.unang.	100	.41	1.06	72	.86	1.68	81	.49	1.16	46	.78	1.60
180 Er.wirtsch.bel.	100	.63	1.48	72	1.06	1.86	81	.76	1.62	46	.96	1.83
181 Er.sonst.unang.	100	.33	1.03	72	.53	1.42	81	.39	1.13	46	.48	1.36
182 Er.sonst.bel.	100	.40	1.20	72	.62	1.56	81	.48	1.32	46	.60	1.54
183 Soz.ps.som.Z.	100	3.89	1.29	72	3.14	1.57	81	3.83	1.30	46	3.28	1.61
184 Ki.glückl.-ungl.	100	2.58	1.43	72	3.14	1.54	81	2.44	1.35	46	3.22	1.50
185 Ki.ger.-unger.	100	2.64	1.35	72	3.11	1.35	81	2.58	1.26	46	3.23	1.28
186 Ki.str.n.str.	100	2.81	1.34	72	2.51	1.38	81	2.85	1.31	46	2.37	1.28
187 Selbstzufr.	100	2.18	1.38	72	3.57	1.47	81	2.26	1.36	46	3.43	1.45
188 Ehrg.	100	2.02	1.25	72	2.14	1.16	81	2.03	1.27	46	2.04	1.15
189 Nutz.psychol.Unt.	100	3.59	1.28	72	2.55	1.23	81	3.52	1.27	46	2.56	1.16
190 Klags.	100	2.62	1.37	72	3.33	1.32	81	2.62	1.40	46	3.20	1.37
191 Mitt.Soz.	100	3.54	1.23	72	4.14	.92	81	3,65	1.17	46	4.11	.92
192 Mitt.Int.	100	2.75	1.24	72	3.79	1.37	81	2.78	1.23	46	3.46	1.47
193 Symp.	100	2.55	.88	72	2.47	.88	81	2.54	.85	46	2.61	.93
194 SE	100	3.59	.87	72	2.79	1.02	81	3.54	.83	46	2.85	1.15
197 FE ges.	99	1.76	.99	72	2.24	1.22	80	1.71	.99	46	2.22	1.20
198 FE 1-5J.	91	.49	.72	70	.59	.77	73	.52	.74	45	.49	.72
199 FE 6-14J.	91	1.29	.87	70	1.44	.87	73	1.23	.89	45	1.60	.86
200 FE üb.14J.	91	.18	.50	70	.27	.77	73	.18	.50	45	.18	.57
Psychologische Fragebogen												
EzK (T1)												
216 EzK1 Erw.befr.Ges.-Zust.	96	37.90	5.32	71	38.15	4.45	77	37.44	5.10	45	37.78	4.39
217 EzK2 Erw.Entl.v.allt.Anf. Ausspr.,Kont.	96	19.84	4.45	71	23.01	5.08	77	19.67	4.13	45	22.64	4.47
218 EzK3 Erw.natürl.Heilm., Erf.-Zuv.	96	36.27	4.49	71	34.27	3.73	77	36.19	3.84	45	33.96	3.93
BdK (T2)												
219 BdK1 Glob.subj.Kurerf.	97	30.22	5.53	71	29.35	7.01	80	31.03	5.32	45	30.44	6.13
220 Zufr.med.Unt.Beh.	97	14.90	4.07	71	14.01	4.50	80	15.24	4.08	45	13.73	4.52
221 Zufr.m.erh.-u.kommun.-förd.Bed.	97	23.45	4.98	71	24.25	5.82	80	23.74	5.16	45	24.31	5.35
222 BdK4 Pos.Bew.psych.Kurm.	97	11.26	3.47	71	13.42	3.82	80	11.49	3.72	45	13.49	3.80
KKB (T1;T2;T3)												
223 KKB1-1 Seel.psychosoz. Probl., Ps.-Th.	93	12.29	3.89	69	17.45	4.97	75	12.39	4.08	43	16.49	4.60
224 KKB2-1 Streß u.Schon.	93	10.88	2.65	69	11.64	2.09	75	10.37	2.57	43	11.12	2.07
225 KKB3-1 Körperleid.u.Org.-Med.	92	10.14	3.17	69	10.77	2.51	75	9.96	3.21	43	10.60	2.45
226 KKB4-1 Bel.unbefr.Arb.-Sit., H.z.Zufr.	93	5.54	1.87	69	6.70	2.11	75	5.48	1.77	43	7.02	2.10
227 KKB1-2	96	11.87	3.34	71	17.59	5.42	79	11.85	3.45	45	16.20	4.78
228 KKB2-2	96	9.69	2.62	71	10.48	2.26	79	9.36	2.44	45	10.38	2.30
229 KKB3-2	95	9.34	2.78	71	9.34	2.59	79	9.11	2.61	45	9.58	2.15
230 KKB4-2	96	5.39	1.79	71	6.06	2.25	79	5.39	1.86	45	6.38	2.24
231 KKB1-3	81	12.78	4.09	53	17.68	5.04	69	12.71	4.27	35	16.63	4.59
232 KKB2-3	81	9.39	2.35	53	9.60	2.01	69	9.29	2.35	35	9.46	1.93
233 KKB3-3	81	9.12	2.93	53	9.75	3.40	69	9.20	3.01	35	9.23	2.86
234 KKB4-3	81	5.84	2.00	53	6.17	1.95	69	5.94	2.07	35	6.37	1.91
HG (T1;T2;T3)												
235 HG1-1 Mißtr.geg.Ärzte u.Therap.	98	4.57	1.28	72	4.17	1.26	81	4.63	1.25	46	4.30	1.15
236 HG2-1 Risikovermeid.	98	3.52	.84	72	3.60	.78	81	3.58	.86	46	3.67	.84
237 HG3-1 Beacht.v.Krankh.-anz.	98	4.45	1.12	72	4.43	1.15	81	4.49	1.06	46	4.48	1.16
238 HG4-1 Mißtr.geg.eig.Körp.	98	5.00	1.05	72	4.86	1.14	81	5.07	1.02	46	5.11	1.08
239 HG1-2	95	4.50	1.28	70	4.29	1.24	78	4.58	1.26	44	4.41	1.28
240 HG2-2	96	3.54	.85	70	3.40	.68	79	3.56	.90	44	3.52	.76
241 HG3-2	96	4.25	1.10	70	4.39	1.06	79	4.21	1.08	44	4.23	1.05
242 HG4-2	96	5.17	.97	69	5.14	.92	79	5.20	.99	43	5.28	.88
243 HG1-3	81	4.80	1.69	53	4.26	1.12	68	4.71	1.24	35	4.34	1.13
244 HG2-3	81	3.70	1.26	53	3.68	.75	68	3.62	.71	35	3.74	.74
245 HG3-3	81	4.26	1.08	53	4.41	1.10	68	4.26	1.07	35	4.40	1.19
246 HG4-3	81	5.01	1.16	53	4.83	1.05	68	5.07	1.04	35	3.03	.98

Fortsetzung Tabelle 3:

Variable	Gesamte Stichpr. LVA-Kurpatienten: Nicht bis mittel belastet N	M	s	Sehr belastet N	M	s	Männl. Stichpr. LVA-Kurpatienten: Nicht bis mittel belastet N	M	s	Sehr belastet N	M	s
FPI (T1;T2;T3)												
247 FPI2-1 Aggr.	100	2.64	1.70	72	2.96	1.78	81	2.69	1.69	46	2.97	1.98
248 FPI9-1 Offen.	100	7.83	2.53	72	8.50	2.69	81	7.88	2.60	46	9.06	2.50
249 FPIE-1 Extrav.	100	5.32	2.47	72	4.81	2.73	81	5.41	2.52	46	4.96	2.76
250 FPIN-1 Em.Lab.	100	5.12	2.83	72	6.82	3.06	81	4.90	2.81	46	6.28	3.09
251 FPI2-2	100	2.74	1.95	72	3.16	2.30	81	2.75	1.95	46	2.96	2.46
252 FPI9-2	100	7.88	2.58	72	7.95	2.82	81	7.93	2.71	46	8.02	2.87
253 FPIE-2	100	5.82	2.67	72	5.17	2.64	81	6.11	2.60	46	5.28	2.63
254 FPIN-2	100	4.57	3.15	72	6.10	3.06	81	4.30	3.10	46	5.39	3.10
255 FPI2-3	81	2.32	1.67	52	2.79	1.61	68	2.38	1.61	35	2.66	1.73
256 FPI9-3	81	7.93	2.81	52	8.31	2.23	68	8.04	2.87	35	8.40	2.06
257 FPIE-3	81	5.26	2.72	52	5.21	2.63	68	5.46	2.62	35	5.17	2.72
258 FPIN-3	81	5.37	3.13	52	6.88	3.01	68	5.23	3.22	35	6.29	3.06
BPI (T1;T2)												
259 BPI1-1 Geh.	98	10.19	1.50	72	11.83	7.02	79	8.10	6.52	46	10.09	6.94
260 BPI2-1 Err.	98	8.79	6.59	72	11.92	5.44	79	8.67	5.76	46	11.85	5.93
261 BPI3-1 Nerv.	98	8.98	5.86	72	9.64	4.45	79	6.01	4.39	46	8.56	4.40
262 BPI4-1 Depr.	98	6.98	4.74	72	8.15	4.14	79	4.77	3.28	46	7.13	4.11
263 BPI5-1 Int.	98	5.11	3.35	72	3.82	3.20	79	2.00	2.19	46	2.74	2.88
264 BPI6-1 Lüg.	98	2.06	2.16	72	1.90	1.46	79	2.20	1.55	46	1.72	1.18
265 BPI1-2	99	7.88	6.70	71	10.41	7.04	80	7.01	6.34	46	9.26	6.44
266 BPI2-2	99	7.33	6.10	71	9.58	5.87	80	6.89	6.01	46	9.00	6.20
267 BPI3-2	99	6.40	4.69	71	8.67	4.74	80	5.52	4.47	46	7.87	4.60
268 BPI4-2	99	4.49	3.37	71	7.39	4.23	80	4.12	3.28	46	6.60	3.99
269 BPI5-2	99	1.52	1.90	71	3.11	2.71	80	1.59	2.01	46	2.37	2.30
270 BPI6-2	99	2.64	1.60	71	2.26	1.59	80	2.69	1.57	46	2.11	1.63
FBL (T1;T2;T3)												
271 FBL1-1 Allg.	95	25.34	6.99	70	27.90	6.52	76	24.12	6.78	45	26.44	6.62
272 FBL1-2	97	18.30	7.15	71	20.66	7.39	80	17.06	6.85	45	19.38	6.58
273 FBL1-3	81	20.89	6.40	53	22.19	6.96	69	20.17	6.19	35	20.26	5.55
SES (T1;T2;T3)												
274 SES1-1 Geh.St.	97	7.47	2.18	71	6.46	1.99	79	7.61	2.16	45	6.78	1.95
275 SES2-1 Mißst.	96	3.82	1.58	70	3.94	1.71	78	3.85	1.62	44	4.07	1.63
276 SES3-1 Akt.	95	7.89	2.04	70	7.11	2.27	78	8.12	2.01	44	7.79	1.94
277 SES4-1 Gedr.St.	96	3.84	1.45	69	4.35	1.72	78	3.85	1.53	43	4.23	1.41
278 SES5-1 Trägh.	95	4.07	1.49	69	4.30	1.46	78	4.05	1.55	43	4.23	1.32
279 SES6-1 Müd.	98	6.05	2.12	70	6.63	2.20	80	5.92	2.07	45	6.31	2.16
280 SES7-1 Ausg.St.	95	7.63	1.99	69	7.07	2.10	77	7.96	1.90	43	7.65	1.81
281 SES1-2	97	8.43	1.98	69	7.38	2.36	80	8.49	1.97	44	7.59	2.13
282 SES2-2	97	3.83	1.32	69	4.26	1.64	80	3.79	1.34	44	4.00	1.32
283 SES3-2	97	8.23	2.06	69	7.91	2.19	80	8.37	2.08	44	8.38	1.95
284 SES4-2	97	3.82	1.11	70	4.37	1.45	80	3.76	1.09	44	3.98	1.17
285 SES5-2	97	4.16	1.37	69	4.53	1.60	80	4.04	1.22	44	4.27	1.56
286 SES6-2	97	4.80	2.07	69	4.87	2.12	80	4.51	1.88	44	4.50	2.04
287 SES7-2	97	7.91	2.21	70	7.24	2.11	80	8.09	2.24	44	7.70	1.62
288 SES1-3	80	6.95	2.00	51	6.31	2.09	67	7.03	2.12	33	6.51	2.30
289 SES2-3	80	4.91	1.67	51	5.45	1.98	67	4.82	1.74	33	5.45	1.93
290 SES3-3	80	8.14	2.20	51	7.49	2.08	67	8.24	2.12	33	8.03	1.79
291 SES4-3	80	4.01	1.32	51	4.90	2.05	67	3.97	1.33	33	4.48	1.56
292 SES5-3	80	4.30	1.50	51	4.41	1.45	67	4.36	1.57	33	4.15	1.22
293 SES6-3	80	6.10	2.17	51	6.47	2.13	67	5.90	2.14	33	6.39	1.99
294 SES7-3	80	7.17	1.92	51	7.23	1.82	67	7.28	1.94	33	7.39	1.88
BFB (T1;T2;T3)												
295 BFB1-1 Bel.i.Z.m.Ehe	99	8.82	3.09	72	10.79	4.08	81	9.04	2.98	46	10.28	3.75
296 BFB2-1 Überford.Arb.	98	12.50	4.21	72	13.40	3.89	80	12.26	4.32	46	13.56	3.72
297 BFB3-1 Unzufr.Arb., Koll.,Bez.	99	9.11	2.68	72	10.62	3.39	81	8.91	2.43	46	10.00	3.08
298 BFB4-1 Bel.i.Z.m.Ki.	70	4.79	1.60	65	5.41	2.17	60	4.82	1.59	42	5.12	1.95
299 BFB1-2	81	8.46	2.74	63	10.75	4.61	64	8.45	2.68	37	9.95	3.84
300 BFB2-2	79	12.33	3.72	62	14.03	4.01	62	11.72	3.51	37	13.73	3.95
301 BFB3-2	81	9.20	2.66	63	10.57	3.60	64	9.02	2.49	37	9.95	3.21
302 BFB4-2	59	4.76	1.47	57	5.44	1.70	46	4.72	1.39	34	5.07	1.28
303 BFB1-3	80	9.36	3.29	53	11.50	4.47	68	9.54	3.32	35	10.43	3.43
304 BFB2-3	80	12.12	3.55	53	12.72	2.98	68	12.01	3.62	35	12.43	2.76
305 BFB3-3	80	9.15	2.57	53	10.75	3.55	68	9.00	2.43	35	9.97	3.28
306 BFB4-3	58	5.17	1.73	46	5.85	1.93	52	5.15	1.75	31	5.58	1.75
Arzt-u.Betr.-Rating (T2)												
307 Pos.Kurerf. günst.Prog.Arzt (Arztr.1)	99	31.01	4.69	71	30.08	4.23	80	32.08	4.33	45	31.00	4.23
308 Ps.ger.Auff.u.pos. Kurerf.Betr. (Betr.r.)	100	18.65	2.62	72	17.57	3.03	81	18.84	2.59	46	18.06	2.89
309 Psychosom.Gest.Arzt (Arztr.2)	100	6.74	1.47	72	5.86	1.69	81	6.72	1.55	46	5.76	1.70

Fortsetzung Tabelle 3:

Variable	Gesamte Stichpr.LVA-Kurpatienten Nicht bis mittel belastet			Sehr belastet			Männl.Stichpr.LVA-Kurpatienten Nicht bis mittel belastet			Sehr belastet		
	N	M	s	N	M	s	N	M	s	N	M	s
Medizinische Variablen (T1;T2)												
310 Größe	100	171.17	8.13	72	168.43	8.03	81	173.37	7.10	46	172.59	5.95
311 Gew.Kuranf.	100	73.60	11.34	72	70.47	11.91	81	75.51	10.69	46	75.59	10.49
312 Gew.Kure.	100	72.31	9.90	72	69.47	10.61	81	74.14	9.02	46	74.35	8.79
313 psR Kuranf.	99	127.73	13.94	71	127.53	15.62	80	127.50	13.38	45	127.67	15.06
314 pdR Kuranf.	99	85.06	10.85	71	84.15	9.41	80	86.01	9.63	45	85.44	9.52
315 psR Kure.	83	123.13	10.08	54	123.59	12.48	70	123.36	9.58	41	122.32	13.65
316 pdR Kure.	83	82.19	8.01	54	81.30	8.47	70	82.03	7.97	41	80.73	8.84
317 Puls Kuranf.	97	76.61	9.46	70	77.80	10.37	78	75.61	9.64	44	76.43	10.39
318 Puls Kure.	65	74.06	9.28	45	74.40	11.92	52	73.11	9.38	33	71.15	11.82
319 Cholest.	98	254.68	47.49	72	248.90	51.76	79	253.53	48.42	46	258.80	47.20
321 Cholest.Nachpr.	41	255.15	43.89	27	236.47	39.78	35	252.97	44.50	20	232.50	35.89
323 Trigl.	97	149.79	61.87	72	147.39	105.51	78	153.17	63.89	46	162.67	108.27
325 Trigl.Nachpr.	18	140.11	84.61	12	178.58	80.38	16	148.44	86.28	10	183.80	84.49
327 Harns.	98	6.09	1.43	72	5.51	1.58	79	6.32	1.38	46	6.08	1.12
329 Harns.Nachpr.	22	6.88	1.32	13	6.48	1.34	19	7.03	1.06	10	6.96	.97
331 γ-GT	97	22.77	17.97	72	21.51	17.40	78	24.61	18.92	46	21.39	14.90
333 γ-GT Nachpr.	21	33.38	18.40	9	33.78	11.28	20	34.25	18.43	6	36.50	10.19
335 Harnst.	98	35.55	6.59	72	35.95	10.80	79	33.82	2.80	46	36.29	6.77
336 BKS 1.St.	98	4.83	5.95	72	6.08	9.80	79	6.59	7.51	46	3.48	3.35
337 BKS 2.St.	98	12.22	10.74	72	12.34	13.60	81	12.78	19.98	46	8.46	7.36
339 BKS 1.St.Nachpr.	14	12.07	10.95	8	12.87	8.93	10	8.90	7.09	2	12.00	4.24
340 BKS 2.St.Nachpr.	14	27.71	19.74	8	34.25	15.54	10	23.10	14.60	2	33.00	4.95
342 Leuko.	98	56.52	9.48	72	55.31	8.60	79	56.91	9.40	46	56.17	8.67
343 Ery.	98	5.50	.36	72	5.38	.43	79	5.60	.28	46	5.61	.29
344 Hämogl.	98	15.44	1.12	72	15.12	1.30	79	15.38	.91	46	15.76	.90

	Weibl.Stichpr.LVA-Kurpatienten Nicht bis mittel belastet			Sehr belastet			Gesamte Stichpr.LVA-Kurpatienten Teiln.Halbjahreskat.			Teiln.Halbjahresk.		
Anamnestischer Erhebungsbogen (T1)	N	M	s	N	M	s	N	M	s	N	M	s
1 Alt.	19	38.37	4.36	26	38.88	4.72	139	39.80	5.58	41	38.12	5.69
7 Z.d.Ki.	18	1.06	.72	26	1.19	.63	136	1.10	.68	40	1.05	.50
8 Nettoverd.	17	2.23	.66	23	2.00	.95	131	3.17	1.00	38	2.97	1.10
17 Z.bish.Arb.-Pl.	19	3.21	1.40	26	3.38	1.88	138	3.81	2.63	40	3.67	1.73
24 Dauer Krankm.vor Kur	2	21.00	21.21	2	9.00	5.66	7	11.43	12.01	2	6.00	.00
26 Dauer Arb.l.vor Kur	1	30.00		5	30.00	22.40	9	17.44	17.26	3	24.00	24.58
34 Z.d.z.Erhol.gen.Url.-T.	17	18.65	11.95	23	14.56	10.94	134	15.74	10.90	39	17.23	11.80
36 Häufigk.d.Krankm. l.2 J.	19	2.05	1.31	26	2.38	2.15	138	1.85	1.36	40	2.77	2.37
37 Dauer d.Krankm.l. 2 J.	19	9.32	9.70	26	8.61	10.26	138	5.79	6.19	40	8.77	9.81
45 Z.d.Geschw.	18	3.11	2.85	26	2.04	2.20	136	2.68	2.40	40	2.77	2.15
54 St.Erhol./T.	19	1.84	1.26	26	1.46	1.39	135	1.93	1.36	39	1.95	1.23
58 St.Schlaf	19	7.58	1.12	26	6.88	1.31	136	7.15	1.26	39	7.13	1.10
62 Kaffee-bzw.Teekons./T.	19	2.58	1.80	26	2.31	1.95	138	2.03	2.00	40	2.47	2.28
63 Bierkons./Wo.	18	1.33	2.33	26	1.69	2.03	137	4.00	3.15	39	3.64	3.06
64 Weinkons./Wo.	19	.84	1.07	26	.65	1.32	138	.93	1.50	40	1.05	1.36
65 Kons.hochproz.Getr./Wo.	19	.63	1.16	26	.54	1.21	138	.70	1.38	39	1.54	3.39
67 J.Rauch.	5	16.40	5.81	5	15.20	7.19	44	18.75	7.56	14	20.15	6.27
68 Rauch.aufgeh.	3	8.33	1.53	3	7.67	4.93	27	7.44	6.62	6	7.17	3.87
69 J.ger.	3	9.67	7.37	3	12.00	7.21	26	14.85	9.13	6	9.83	5.31
70 Zigarett./T.	7	18.71	23.60	8	14.25	15.21	69	19.27	14.20	18	23.39	1.60
74 Schlaftbl.i.l.J.	18	.67	1.37	26	1.19	1.60	138	.61	1.24	39	.49	1.25
75 Beruh.tbl.i.l.J.	18	1.33	1.78	26	2.31	1.82	138	1.33	1.78	39	1.67	1.75
76 Schmerztbl.i.l.J.	18	1.50	1.20	26	1.54	1.33	139	1.30	1.48	39	1.05	1.21
77 Aufputschtbl.i.l.J.	17	.06	.24	26	.15	.78	136	.05	.39	39	.10	.64
78 Abführtbl.i.l.J.	19	1.21	1.61	26	1.31	1.51	137	.58	1.12	40	.80	1.42
79 Sonst.Medik.i.l.J.	18	2.05	2.01	26	1.38	1.83	135	1.66	1.83	39	1.61	1.89
80 Z.bish.Krankenh.aufenth.	19	3.79	2.67	26	3.96	2.20	138	2.71	2.08	40	2.75	2.18
81 Z.bish.Operat.	19	2.31	2.00	26	1.77	1.36	138	1.74	1.56	40	1.60	1.41
82 Z.bish.Kuraufenth.	19	.26	.45	26	.50	.51	137	.47	.50	40	.15	.36
Katamnestischer Erhebungsbogen (T3)												
Σ 84,85,86 Katamn.BdK	13	9.31	2.02	18	8.78	2.51						
88 Morg.gymn.Häufigk.	12	1.08	2.10	17	1.18	2.06						
89 Morg.gymn.Dauer	12	5.92	17.11	17	5.12	9.94						
90 Wand.Häufigk.	12	1.00	.85	17	2.06	2.51						
91 Wand.Dauer	12	53.75	55.56	17	65.59	64.70						
92 Schwimm.Häufigk.	12	.50	.67	17	.47	.51						
93 Schwimm.Dauer	12	21.25	27.47	17	22.94	27.10						
94 Hautb.Häufigk.	12	.67	1.15	17	2.12	2.49						
95 Hautb.Dauer	12	2.75	5.78	17	3.82	4.06						
96 Entsp.Häufigk.	12	2.08	2.77	17	1.12	1.93						
97 Entsp.Dauer	12	5.25	7.55	17	18.53	33.24						
98 Ernähr.beib.	13	2.77	.59	18	2.89	.90						

Fortsetzung Tabelle 3:

Variable	Weibl.Stichpr.LVA-Kurpatienten Nicht bis mittel belastet N	M	s	Sehr belastet N	M	s	Gesamte Stichpr.LVA-Kurpatienten Teiln.Halbjahreskat. N	M	s	Nichtteiln.Halbjahreskat. N	M	s
113 Dauer d.Arb.l.	2	19.50	6.36	6	16.38	17.96						
120 Nettoverd.	1	2.00		3	1.67	.58						
122 Häufigk.d.Krankm.1.6 Mon.	13	.46	.66	18	.33	.69						
123 Dauer d.Krankm.1.6 Mon.	13	1.92	3.50	18	1.28	3.79						
124 Häufigk.d.Krankenh.aufenth. l. 6 Mon.	1	.23	.60	18	.17	.51						
127 Beurt.Ges.-Zust.	13	2.31	.63	18	2.62	.94						
128 St.Erhol./T.	13	2.00	.82	18	1.61	1.33						
130 St.körp.Bet./Wo.	13	2.15	.80	18	2.72	1.40						
131 Kaffee-bzw.Teekons./T.	13	2.31	1.60	18	2.83	1.33						
132 Bierkons./Wo.	13	.54	.96	18	.94	1.05						
133 Kons.hochproz.Getr./Wo.	13	.15	.37	18	.39	.77						
134 Weinkons./Wo.	12	1.08	1.31	17	.47	.51						
139 Zigarett./T.	5	10.00	3.54	1	20.00							
143 Schlaftbl.l.6 Mon.	13	.15	.55	18	.28	.82						
144 Beruh.tbl.l.6 Mon.	13	1.00	1.63	18	2.17	1.85						
145 Schmerztbl.l.6 Mon.	13	1.31	1.49	18	1.39	1.57						
146 Aufputschtbl.l.6 Mon.	13	.31	1.10	18	.33	1.02						
147 Abführtbl.l.6 Mon.	13	.54	1.33	18	.94	1.47						
148 Sonst.Medik.l.6 Mon.	13	1.54	2.02	18	1.33	1.64						
149 Hausarzt aufg.l.6 Mon.	13	3.30	3.75	18	4.00	5.73						
150 Facharzt aufg.l.6 Mon.	13	1.23	2.74	18	2.61	5.51						
151 Psychol.usw.aufg.l.6 Mon.	13	.00	.00	17	.47	1.37						
152 Ggw.Körp.gew.	13	64.15	7.35	16	59.56	7.66						
154 Er.Fam.unang.	13	.46	1.20	18	1.94	2.41						
155 Er.Fam.bel.	13	.46	1.39	18	1.94	2.41						
156 Er.Ber.unang.	13	.38	1.39	18	.56	1.34						
157 Er.Ber.bel.	13	.08	.29	18	.83	1.72						
164 Zuv.Ges.	13	2.46	.87	18	2.17	1.04						
165 Zuv.Fam.	13	2.38	.87	17	2.23	.83						
166 Zuv.Ber.	13	2.69	.85	18	2.56	.98						
167 Zuv.Sonst.Bez.	12	2.42	.66	18	2.67	.69						
Psychologisches Interview (T1)												
168 Wann entschl.z.Kur	19	5.05	2.01	26	4.77	2.42	134	5.78	4.61	38	4.24	2.11
169 Anstr.	19	2.00	1.15	26	1.50	.94	134	1.84	1.16	38	1.61	1.03
170 Eig.-Fremd-Init.	19	3.63	1.21	26	3.42	1.67	134	2.91	1.63	38	3.21	1.76
171 Sorg.Arb.-Pl.	18	1.39	1.03	24	1.50	1.10	132	1.67	1.21	37	1.76	1.30
172 Sorg.Fam.	19	1.74	.93	26	3.61	1.60	134	2.23	1.48	37	2.57	1.52
173 Er.Fam.unang.	19	.79	1.68	26	2.80	2.24	134	1.47	2.03	38	1.08	1.86
174 Er.Fam.bel.	19	.74	1.66	26	3.00	2.28	134	1.55	2.13	38	1.42	2.10
175 Er.Ber.unang.	19	.58	1.21	26	1.50	2.19	134	1.23	1.91	38	1.39	2.14
176 Er.Ber.bel.	19	.63	1.38	26	1.50	2.23	134	1.39	2.04	38	1.58	2.31
177 Er.Ges.unang.	19	1.84	2.29	26	2.57	2.45	134	1.56	2.19	38	1.50	2.15
178 Er.Ges.bel.	19	1.89	2.37	26	2.50	2.43	134	1.57	2.19	38	1.45	2.14
179 Er.wirtsch.unang.	19	.05	.22	26	1.00	1.83	134	.48	1.24	38	1.00	1.72
180 Er.wirtsch.bel.	19	.05	.22	26	1.23	1.94	134	.69	1.56	38	1.24	1.95
181 Er.sonst.unang.	19	.05	.22	26	.61	1.55	134	.36	1.13	38	.60	1.48
182 Er.sonst.bel.	19	.05	.22	26	.65	1.64	134	.44	1.31	38	.68	1.58
183 Soz.ps.som.Z.	19	4.16	1.25	26	2.88	1.50	134	3.58	1.43	38	3.55	1.59
184 Ki.glückl.-ungl.	19	3.16	1.67	26	3.00	1.62	134	2.84	1.53	38	2.71	1.43
185 Ki.ger.-Unger.	19	2.89	1.69	26	2.88	1.47	134	2.78	1.39	38	3.03	1.30
186 Ki.str.n.str.	19	2.63	1.49	26	2.77	1.53	134	2.71	1.35	38	2.60	1.42
187 Selbstzufr.	19	1.84	1.42	26	3.81	1.49	134	2.74	1.53	38	2.84	1.75
188 Ehrg.	19	1.95	1.17	26	2.31	1.19	134	2.06	1.24	38	2.10	1.13
189 Nutz.psychol.Unt.	19	3.89	1.32	26	2.54	1.36	134	3.18	1.34	38	3.08	1.44
190 Klags.	19	2.63	1.30	26	3.58	1.20	134	2.93	1.39	38	2.87	1.44
191 Mitt.Soz.	19	3.05	1.39	26	4.19	.93	134	3.80	1.11	38	3.76	1.30
192 Mitt.Int.	19	2.63	1.30	26	4.38	.94	134	3.24	1.38	38	3.00	1.43
193 Symp.	19	2.58	1.01	26	2.23	.76	134	2.53	.91	38	2.47	.80
194 SE	19	3.79	1.03	26	2.69	.73	134	3.27	1.03	38	3.21	.99
197 FE ges.	19	1.95	.97	26	2.27	1.28	133	1.93	1.08	38	2.05	1.25
198 FE 1-5J.	18	.39	.60	25	.76	.83	126	.53	.73	35	.54	.78
199 FE 6-14J.	18	1.50	.78	25	1.16	.85	126	1.34	.89	35	1.40	.85
200 FE üb.14J.	18	.17	.51	25	.44	1.04	126	.21	.60	35	.26	.78
Psychologische Fragebogen												
EzK (T1)												
216 EzK1 Erw.befr.Ges.-Zust.	19	39.73	5.93	26	38.81	4.57	134	37.71	5.39	39	38.85	5.02
217 EzK2 Erw.Entl.v.allt.Anf., Ausspr.,Kont.	19	20.47	5.65	26	23.65	6.05	134	21.08	4.89	39	21.23	5.26
218 EzK3 Erw.natürl.Heilm., Erf.-Zuv.	19	36.58	6.65	26	34.81	3.37	134	35.34	4.29	39	36.10	4.27
BdK (T2)												
219 BdK1 Glob.subj.Kurerf.	17	26.41	5.03	26	27.46	8.09	137	30.17	5.90	38	28.26	7.04
220 Zufr.med.Unt.Beh.	17	13.29	3.72	26	14.50	4.92	137	14.28	4.19	38	15.39	4.25
221 Zufr.m.erh.-u.Kommun.-förd.Bed.	17	22.12	3.85	26	24.15	6.67	137	23.98	5.34	38	23.24	5.43
222 BdK4 Pos.Bew.psych.Kurm.	17	10.18	1.47	26	13.31	3.92	137	12.22	3.83	38	12.37	3.62

Fortsetzung Tabelle 3:

Variable	Weibl.Stichpr.LVA-Kurpatienten Nicht bis mittel belastet N	M	s	Sehr belastet N	M	s	Gesamte Stichpr.LVA-Kurpatienten Teiln.Halbjahreskat. N	M	s	Nichtteiln.Halbjahreskat. N	M	s
KKB (T1;T2;T3)												
223 KKB1-1 Seel.psychosoz. Probl.,Ps.-Th.	18	11.89	3.05	26	19.04	5.24	131	14.50	5.14	37	13.95	4.97
224 KKB2-1 Streß u.Schon.	18	14.00	1.85	26	12.50	1.86	131	11.00	2.40	37	12.08	2.49
225 KKB3-1 Körperleid.u.Org.-Med.	18	10.89	3.01	26	11.04	2.63	130	10.11	2.78	37	11.43	3.61
226 KKB4-1 Bel.unbefr.Arb.-Sit. H.z.Zufr.	18	5.78	2.29	26	6.15	2.05	131	5.89	1.99	37	6.35	2.23
227 KKB1-2	17	12.00	2.89	26	20.00	5.69	136	14.55	5.24	37	12.97	4.75
228 KKB2-2	17	11.18	2.96	26	10.65	2.20	136	9.90	2.34	37	10.32	2.88
229 KKB3-2	16	10.44	3.40	26	8.92	3.19	135	9.56	2.74	37	8.30	2.60
230 KKB4-2	17	5.41	1.46	26	5.50	2.19	136	5.60	2.02	37	5.70	2.09
231 KKB1-3	12	13.17	2.98	18	19.72	5.35						
232 KKB2-3	12	10.00	2.37	18	9.89	2.19						
233 KKB3-3	12	8.67	2.53	18	10.78	4.16						
234 KKB4-3	12	5.25	1.42	18	5.78	2.04						
HG (T1;T2;T3)												
235 HG1-1 Mißtr.geg.Ärzte. u.Therap.	17	4.29	1.40	26	3.92	1.41	134	4.37	1.29	40	4.52	1.28
236 HG2-1 Risikovermeid.	17	3.23	.66	26	3.38	.64	135	3.54	.86	40	3.52	.75
237 HG3-1 Beacht.v.Krankh.-anz.	17	4.23	1.39	26	4.34	1.13	135	4.37	1.16	40	4.60	1.13
238 HG4-1 Mißtr.geg.eig. Körp.	17	4.65	1.17	26	4.42	1.14	135	4.87	1.12	40	5.10	1.15
239 HG1-2	17	4.17	1.38	26	4.08	1.16	134	4.40	1.29	37	4.49	1.26
240 HG2-2	17	3.47	.62	26	3.19	.49	135	3.47	.79	37	3.54	.84
241 HG3-2	17	4.41	1.22	26	4.65	1.05	135	4.22	1.07	37	4.59	1.14
242 HG4-2	17	5.00	.86	26	4.92	.97	135	5.13	1.00	36	5.17	.94
243 HG1-3	13	5.30	3.19	18	4.11	1.13						
244 HG2-3	13	4.15	2.76	18	3.56	.78						
245 HG3-3	13	4.23	1.16	18	4.44	.92						
246 HG4-3	13	4.69	1.70	18	4.44	1.09						
FPI (T1;T2;T3)												
247 FPI2-1 Aggr.	19	2.42	1.80	26	2.92	1.41	137	2.80	1.76	40	2.85	1.82
248 FPI9-1 Offen.	19	7.63	2.23	26	7.50	2.76	137	8.23	2.54	40	7.55	2.74
249 FPIE-1 Extrav.	19	4.95	2.29	26	4.54	2.71	137	5.12	2.59	40	5.08	2.55
250 FPIN-1 Em.Lab.	19	6.05	2.79	26	7.77	2.83	137	5.95	3.08	40	5.62	2.89
251 FPI2-2	19	2.68	2.02	26	3.54	1.98	138	2.96	2.15	40	2.80	2.09
252 FPI9-2	19	7.68	2.00	26	7.85	2.79	138	7.95	2.71	40	7.65	2.50
253 FPIE-2	19	4.58	2.67	26	4.96	2.69	138	5.52	2.60	40	5.52	2.86
254 FPIN-2	19	5.74	3.17	26	7.35	2.62	138	5.31	3.20	40	5.17	3.32
255 FPI2-3	13	2.00	2.04	17	3.06	1.34						
256 FPI9-3	13	7.31	2.46	17	8.12	2.61						
257 FPIE-3	13	4.23	3.08	17	5.29	2.51						
258 FPIN-3	13	6.08	2.59	17	8.12	2.57						
BPI (T1;T2)												
259 BPI1-1 Geh.	19	11.63	6.30	26	14.92	6.15	135	10.30	6.88	40	9.70	7.05
260 BPI2-1 Err.	19	10.26	6.24	26	12.04	4.53	135	10.61	5.83	40	9.07	5.66
261 BPI3-1 Nerv.	19	11.00	4.02	26	11.54	3.95	135	8.11	4.78	40	8.17	4.91
262 BPI4-1 Depr.	19	6.53	3.35	26	9.96	3.59	135	6.32	3.92	40	6.80	4.20
263 BPI5-1 Int.	19	2.31	2.08	26	5.73	2.87	135	2.72	2.71	40	3.00	2.96
264 BPI6-1 Lüg.	19	2.16	1.30	26	2.23	1.84	135	2.12	1.59	40	2.15	1.23
265 BPI1-2	19	11.52	7.10	25	12.52	7.73	136	9.16	6.85	40	8.57	7.04
266 BPI2-2	19	9.21	6.25	25	10.64	5.17	136	8.53	6.12	40	7.92	5.92
267 BPI3-2	19	10.10	3.72	25	10.16	4.72	136	7.23	4.76	40	8.12	5.02
268 BPI4-2	19	6.05	3.39	25	8.84	4.36	136	5.52	3.92	40	6.50	4.20
269 BPI5-2	19	1.26	1.36	25	4.48	2.91	136	2.12	3.39	40	2.32	2.37
270 BPI6-2	19	2.42	1.74	25	2.56	1.50	136	2.58	1.66	40	2.35	1.46
FBL (T1;T2;T3)												
271 FBL1-1 Allg.	19	30.21	5.65	25	30.52	5.31	137	26.08	6.96	39	27.51	6.87
272 FBL1-2	17	24.12	5.58	26	22.88	8.28	137	19.07	7.31	38	20.60	7.42
273 FBL1-3	12	25.00	6.24	18	25.94	7.99						
SES (T1;T2;T3)												
274 SES1-1 Geh.St.	18	6.88	2.24	26	5.92	1.97	133	6.92	2.19	40	7.32	2.27
275 SES2-1 Mißst.	18	3.72	1.48	26	3.73	1.86	131	3.42	1.70	40	3.82	1.41
276 SES3-1 Akt.	17	6.64	1.73	26	5.96	2.35	128	7.52	2.18	40	7.60	2.19
277 SES4-1 Gedr.St.	18	3.83	1.04	26	4.54	2.15	130	3.99	1.52	40	4.27	1.71
278 SES5-1 Trägh.	17	4.17	1.23	26	4.42	1.70	128	4.19	1.51	40	4.22	1.62
279 SES6-1 Müd.	18	6.61	2.30	25	7.20	2.21	132	6.20	2.08	40	6.75	2.40
280 SES7-1 Ausg.St.	18	6.22	1.80	26	6.11	2.23	129	7,36	2.21	40	7.27	1.78
281 SES1-2	17	8.18	2.07	25	7.00	2.74	136	7.87	2.26	37	8.49	2.27
282 SES2-2	17	4.06	1.24	25	4.72	2.03	136	4.05	1.57	37	4.16	1.54
283 SES3-2	17	7.53	1.84	25	7.08	2.37	136	8.05	2.03	37	8.08	2.67
284 SES4-2	17	4.12	1.21	26	5.03	1.66	136	4.04	1.23	38	4.21	1.51
285 SES5-2	17	4.76	1.85	25	5.00	1.60	135	4.28	1.43	37	4.65	1.95
286 SES6-2	17	6.18	2.37	25	5.52	2.14	136	4.86	2.19	37	5.19	2.22
287 SES7-2	17	7.06	1.95	26	6.46	2.37	136	7.60	2.15	38	7.79	2.36

Fortsetzung Tabelle 3:

Variable	Weibl.Stichpr.LVA-Kurpatienten Nicht bis mittel belastet N	M	s	Sehr belastet N	M	s	Gesamte Stichpr.LVA-Kurpatienten Teiln.Halbjahreskat. N	M	s	Nichtteiln.Halbjahreskat. N	M	s
288 SES1-3	13	6.53	1.19	18	5.94	1.62						
289 SES2-3	13	5.38	1.19	18	5.44	2.12						
290 SES3-3	13	7.61	2.63	18	6.50	2.25						
291 SES4-3	13	4.23	1.30	18	5.67	2.61						
292 SES5-3	13	4.00	1.08	18	4.89	1.74						
293 SES6-3	13	7.15	2.15	18	6.61	2.42						
294 SES7-3	13	6.61	1.75	18	6.94	1.73						
BFB (T1;T2;T3)												
295 BFB1-1 Bel.i.Z.m.Ehe	18	7.83	3.43	26	11.69	4.54	135	9,79	3,64	40	9.55	3.77
296 BFB2-1 Überford.Arb.	18	13.56	3.60	26	13.11	4.24	134	12.69	4.08	40	13.35	4.17
297 BFB3-1 Unzufr.Arb. Koll.,Bez.	18	10.00	3.55	26	11.73	3.69	135	9.77	2.91	40	9.50	3.60
298 BFB4-1 Bel.i.Z.m.Ki.	10	4.60	1.71	23	5.96	2.48	105	5.11	1.95	34	5.00	1.77
299 BFB1-2	17	8.47	3.06	26	11.88	5.42	114	9.71	3.98	34	8.73	3.09
300 BFB2-2	17	14.53	3.71	25	14.48	4.15	112	13.18	3.92	33	12.82	4.08
301 BFB3-2	17	9.88	3.21	26	11.46	4.00	114	9.62	2.89	34	10.95	3.90
302 BFB4-2	13	4.92	1.80	23	6.00	2.09	90	5.14	1.63	30	4.87	1.55
303 BFB1-3	12	8.33	3.05	18	13.61	5.52						
304 BFB2-3	12	12.75	3.22	18	13.28	3.39						
305 BFB3-3	12	10.00	3.24	18	12.79	3.64						
306 BFB4-3	6	5.33	1.75	15	6.40	2.23						
Arzt-u.Betr.-Rating(T2)												
307 Pos.Kurerf., günst.Prog.Arzt (Arztr.1)	19	26.53	3.73	26	28.50	3.81	136	30.90	4.48	41	29.27	4.47
308 Ps.ger.Auff.u.pos. Kurerf.Betr.(Betr.r.)	19	17.84	2.67	26	16.69	3.15	138	18.33	2.74	41	17.61	3.40
309 Psychosom.Gest.Arzt (Arztr.2)	19	6.84	1.07	26	6.03	1.68	138	6.38	1.64	41	6.41	1.47
Medizinische Variablen (T1;T2)												
310 Größe	19	161.79	4.94	26	161.08	5.59	139	169.78	8.25	41	168.80	9.42
311 Gew.Kuranf.	19	65.47	10.67	26	61.42	8.44	139	71.65	11.92	41	72.44	13.88
312 Gew.Kure.	19	64.53	9.92	26	60.85	7.73	139	70.50	9.87	41	71.19	12.75
313 psR Kuranf.	19	128.68	16.48	26	127.31	16.86	137	127.15	14.47	41	128.78	14.30
314 pdR Kuranf.	19	81.05	14.58	26	81.92	8.95	137	85.26	10.30	41	83.29	9.53
315 psR Kure.	13	121.92	12.83	13	127.61	6.62	117	123.45	11.18	26	121.35	10.16
316 pdR Kure.	13	83.08	8.54	13	83.08	7.22	117	82.45	8.06	26	78.85	7.25
317 Puls Kuranf.	19	80.68	7.61	26	80.11	10.10	134	76.75	9.74	41	78.58	9.61
318 Puls Kure.	13	77.85	8.14	12	83.33	6.56	92	74.39	10.52	24	74.08	8.97
319 Cholest.	19	259.47	44.33	26	231.38	55.67	127	251.02	49.28	41	251.32	50.20
321 Cholest.Nachpr.	6	267.83	41.57	7	248.86	50.46	54	249.07	41.91	15	244.00	46.59
323 Trigl.	19	135.95	52.41	26	120.35	96.55	137	145.39	74.13	40	152.00	105.22
325 Trigl.Nachpr.	2	73.50	6.36	2	152.50	71.42	26	142.42	80.58	41	240.50	20.57
327 Harns.	19	5.10	1.25	26	4.50	1.59	137	5.76	1.35	41	5.87	1.91
329 Harns.Nachpr.	3	5.93	2.56	3	4.87	1.20	25	6.96	1.34	10	6.16	1.15
331 γ-GT	19	15.21	10.79	26	21.73	21.44	137	22.10	17.58	40	23.50	20.80
333 γ-GT Nachpr.	1	16.00		3	28.33	13.50	24	32.64	10.58	5	37.80	35.32
335 Harnst.	19	33.29	4.72	26	35.36	15.75	137	35.76	7.95	41	35.80	10.20
336 BKS1.St.	19	9.00	11.58	26	8.73	14.76	137	5.54	7.14	41	5.68	9.98
337 BKS2.St.	19	19.00	17.32	26	10.23	18.73	137	13.10	12.72	41	11.12	9.56
339 BKS1.St.Nachpr.	4	20.00	15.85	6	13.17	10.38	21	12.24	9.96	4	12.50	7.04
340 BKS2.St.Nachpr.	4	39.25	28.30	6	34.50	18.25	21	29.71	17.91	4	33.50	13.40
342 Leuko.	19	54.89	9.91	26	53.77	8.42	137	55.81	9.46	41	56.15	7.33
343 Ery.	19	5.10	.37	26	4.96	.31	137	5.44	.40	41	5.34	.40
344 Hämogl.	19	14.20	1.05	26	13.99	1.14	137	15.29	1.21	41	15.24	1.92

Tab. 4: Statistische Grundauswertung für ausgewählte metrische Variablen von weiteren Untergruppen der Stichprobe der LVA-Kurpatienten, und zwar für die Varialbenausprägungen im Fragebogen zur Erfassung subjektiver psychosozialer Belastungen im Zusammenhang mit Ehe, Familie und Beruf BFB von LVA-Kurpatienten ohne und mit (Nein und Ja) besonderen Lebensereignissen in den beiden Kurvorjahren ("Leben") bzw. im Kurnachhalbjahr ("Life") sowie für metrische Variablen im Anamnestischen Erhebungsbogen von der jeweils gesamten, der männlichen und der weiblichen Stichprobe der Vergleichsgruppe
(VG; weitere metrische Variablen siehe Tabelle 45-47). Pro Variable Darstellung von Stichprobenumfang (N), Mittelwert (M) und Standardabweichung (s). Polung bzw. Skalierung wie bei Grundauswertungstabelle 1 (außer bei Zahl der Kinder mit drei Klassen 0, 1, ≥2, sowie bei Zahl bisheriger Kuraufenthalte mit zwei Klassen 0, ≥1, überdies außer bei täglichem Zigarettenkonsum der Vergleichsgruppe, wo die Angaben einem Wert für sämtliche Rauchwaren, also zusätzlich auch Zigarillos, Zigarren und Pfeifen entspricht).

	Gesamte Stichprobe der LVA-Kurpatienten											
	"Leben" Nein			"Leben" Ja			"Life" Nein			"Life" Ja		
Variable	N	M	s	N	M	s	N	M	s	N	M	s
BFB(T1;T2;T3)												
295 BFB1-1 Bel.i.Z.m.Ehe	36	9.06	3.54	139	9.91	3.69						
296 BFB2-1 Überford.Arb.	36	12.50	4.22	138	12.93	4.09						
297 BFB3-1 Unzufr.Arb.,Koll.,Bez.	36	9.00	2.48	139	9.89	3.19						
298 BFB4-1 Bel.i.Z.m.Ki.	30	5.10	1.83	109	5.08	1.93						
299 BFB1-2	30	9.03	3.59	117	9.61	3.86						
300 BFB2-2	31	13.29	4.08	114	13.04	3.92						
301 BFB3-2	31	9.13	2.06	117	9.97	3.35						
302 BFB4-2	26	4.85	1.49	94	5.14	1.64						
303 BFB1-3	27	9.04	3.66	111	10.43	3.95	90	9.53	3.26	48	11.63	4.74
304 BFB2-3	27	13.18	2.77	111	12.93	3.51	90	12.62	3.37	48	12.04	3.39
305 BFB3-3	27	9.63	2.75	111	9.82	3.18	90	9.19	2.84	48	10.90	3.27
306 BFB4-3	22	5.23	1.20	86	5.50	1.79	72	5.33	1.74	36	5.67	1.99

	Gesamte VG			Männl. VG			Weibl. VG		
Variable	N	M	s	N	M	s	N	M	s
Anamnestischer Erhebungsbogen (T1)									
1 Alt.	80	34.77	6.04	45	35.69	7.19	35	33.60	3.91
7 Z.d.Ki.	80	.94	.64	45	1.00	.64	35	.86	.65
8 Nettoverd.	73	3.03	1.19	45	3.51	.99	35	2.25	1.08
34 Z.d.z.Erhol.gen.Url.-T.	80	16.58	7.94	45	17.60	7.70	35	15.83	8.29
36 Häufigk.d.Krankm.l.2 J.	80	1.07	1.24	45	1.18	1.15	35	.94	1.35
37 Dauer d.Krankm.l. 2 J.	80	2.15	2.82	45	2.16	2.93	35	2.14	2.72
45 Z.d.Geschw.	80	2.95	2.43	45	3.40	2.84	35	2.37	1.63
54 St.Erhol./T.	79	2.65	1.33	44	2.55	1.32	35	2.77	1.35
58 St.Schlaf	80	7.25	.86	45	7.22	.73	35	7.29	1.02
62 Kaffee-bzw.Teekons./T.	80	3.66	1.55	45	3.60	1.66	35	3.74	1.42
63 Bierkons./Wo.	80	1.64	2.12	45	2.44	2.37	35	.60	1.12
64 Weinkons./Wo.	80	.77	.79	45	.69	.76	35	.89	.83
65 Kons.hochproz.Getr./Wo.	80	.65	2.08	45	.98	2.65		.23	.81
67 J.Rauch.	24	16.79	6.98	13	20.54	6.12	11	12.36	5.24
68 Rauch.aufgeh.	22	4.54	3.67	12	4.22	3.90	10	3.20	2.90
69 J.ger.	23	8.96	5.76	13	10.92	6.28	10	6.40	3.98
70 Zigarett./T.	47	14.60	10.98	26	17.96	11.85	21	10.43	8.29
74 Schlaftbl.i.l.J.	80	.00	.00	45	.00	.00	35	.00	.00
75 Beruhtbl.i.l.J.	80	.10	.30	45	.09	.28	35	.11	.32
76 Schmerztbl.i.l.J.	80	.45	.84	45	.27	.69	35	.69	.96
77 Aufputschtbl.i.l.J.	80	.00	.00	45	.00	.00	35	.00	.00
78 Abführtbl.i.l.J.	80	.05	.45	45	.00	.00	35	.11	.68
79 Sonst.Medik.i.l.J.	80	.00	.00	45	.00	.00	35	.00	.00
80 Z.bish.Krankenh.aufenth.	80	2.54	1.97	45	2.09	1.55	35	3.11	2.31
81 Z.bish.Operat.	80	1.29	1.34	45	1.07	1.08	35	1.57	1.65
82 Z.bish.Kuraufenth.	80	.16	.73	45	1.27	.45	35	.17	.38

Tab. 5: Faktorenanalyse (Hauptkomponentenanalyse) zu ausgewählten Items des Anamnestischen Erhebungsbogens, basierend auf Angaben von N=90 LVA-Kurpatienten zum Beginn ihrer Kur. Darstellung von Items, Eigenwerten und Varianzen, Kommunalitäten, Ladungsmustern (im Rahmen der VARIMAX-rotierten Faktorenmatrix), Transformationsmatrix. Faktorenanalyse Version 1. (Skalierung/Polung siehe Grundauswertungstabelle 1) +

Nr.	Item	Eigenwert	Varianz % pro Faktor	Varianz % kumuliert	Nr. Faktor	Kommunalität	VARIMAX-rotierte Faktorenmatrix (Höchstladungen der extrahierten Faktoren unterstrichen) F.1	F.2	F.3	F.4	F.5	F.6	F.7	F.8	F.9
1	Alt.	5.97	9.6	9.6	1	.75	-.00	.05	-.11	.84	-.02	.00	.11	.04	-.05
2	Alt.-Gr.	4.07	6.6	16.2	2	.65	.04	.03	-.08	.79	-.08	.01	.04	.01	.04
3	Geschl.	3.53	5.7	21.9	3	.66	-.12	-.76	-.06	-.17	-.09	.07	.10	-.00	-.03
4	Wohno.	2.90	4.7	26.6	4	.62	-.10	-.33	.00	-.02	.67	.13	-.07	-.03	.14
5	Fam.-St.	2.73	4.4	31.0	5	.35	-.04	-.08	-.07	.00	-.49	-.01	-.18	-.00	.22
6	Ehep.ber.-tät.	2.32	3.7	34.7	6	.51	.17	.50	-.28	.10	-.25	.22	.06	.00	.09
7	Z.d.Ki.	2.24	3.6	38.3	7	.35	-.06	.29	-.27	.13	-.32	.21	.11	-.18	.13
8	Nettoverd.	2.18	3.5	41.9	8	.56	.20	.66	.02	-.05	.04	.14	-.11	.08	.15
9	Volkssch.	2.10	3.4	45.2	9	.31	.02	-.23	-.00	.06	-.17	.00	.38	-.06	.27
15	Abg.Ber.-Ausb.	1.96	3.2	48.4	10	.61	-.26	-.31	.01	.08	-.16	.19	.44	.35	-.21
16	Ber.-Tät.	1.91	3.1	51.5	11	.52	.24	.47	.09	-.14	-.00	-.07	-.13	-.41	.09
17	Z.bish.Arb.-Pl.	1.88	3.0	54.5	12	.42	-.11	.20	-.16	.28	.03	.42	-.17	-.03	-.19
18	Arb.z.schwer	1.74	2.8	57.3	13	.28	-.12	.08	-.08	-.12	.15	-.42	.00	-.12	-.12
19	Arb.nicht befried.	1.63	2.6	60.0	14	.61	.14	-.13	.19	-.23	-.04	-.63	.28	-.06	-.00
20	nicht gen. verd.	1.51	2.4	62.4	15	.31	-.03	-.41	-.13	-.01	-.30	-.12	-.01	.02	-.09
21	entlass.	1.39	2.3	64.7	16	.36	-.00	-.35	-.26	-.02	.02	-.12	-.35	.14	.06
22	Ber.-Tät vor Kur	1.33	2.2	66.8	17	.39	-.11	.01	.51	-.23	-.12	.15	-.08	.01	-.01
24	Ber.Körperh.	1.30	2.1	68.9	18	.37	-.17	.06	-.18	.01	-.02	-.07	-.08	-.54	-.04
29	Arb.-Zt.	1.24	2.0	70.9	19	.50	.20	.44	-.05	-.21	.11	.05	.08	.28	-.33
30	Schicht	1.21	2.0	72.9	20	.45	.09	.03	.06	.31	-.11	-.10	-.04	.18	-.52
32	Körp.äuß.Bel.	1.13	1.8	74.7	21	.26	.06	-.20	-.30	.08	.06	-.28	-.11	-.14	.00
33	Neb.-Tät.	1.08	1.8	76.5	22	.10	.01	-.04	-.03	-.07	.16	.13	.06	.15	.15
34	Z.d.z. Erhol.gen.Url.-T.	.99	1.6	78.1	23	.53	-.07	.12	-.06	-.06	.59	-.26	-.12	.10	.22
35	Abs.Rent.-Antr.	.89	1.4	79.5	24	.53	-.07	.06	.54	.41	-.05	.03	-.22	-.01	-.04
36	Häufigk.d.Krankm.1.2J.	.83	1.3	80.9	25	.47	-.12	.08	.47	-.12	.41	-.11	.09	.01	.08
37	Dauer d.Krankm. 1.2J.	.82	1.3	82.2	26	.52	.05	.02	.60	-.09	.33	.05	.05	-.17	-.01
38	Volkssch.Vater	.79	1.3	83.5	27	.42	.11	-.22	.04	-.03	.18	.10	.51	.04	-.20
44	Abg.Ber.-Ausb.Vater	.74	1.2	84.7	28	.47	.04	-.02	-.05	.20	-.01	.10	.64	.05	.01
45	Z.d.Geschw.	.71	1.1	85.8	29	.36	.06	.09	.34	.04	.12	.18	.00	.27	-.31
46	Aufgew.Fam.	.67	1.1	86.9	30	.90	-.92	-.06	.12	.05	.04	-.07	-.04	.07	.00
47	Aufgew. o. Vater	.61	1.0	87.9	31	.48	.55	.05	-.11	.24	.05	-.09	.01	-.21	-.18
48	Aufgew. o. Mutter	.59	1.0	88.9	32	.87	.90	.13	.00	.02	-.02	.10	-.10	-.05	-.04
49	Unehel.	.56	.9	89.8	33	.55	.53	.18	.26	.05	.08	-.11	.11	.21	.27
50	Aufgew. o. Eltern	.53	.9	90.6	34	.77	.85	.10	-.07	-.02	-.00	-.03	.09	.05	.14
51	Aufgew. b. Verw.	.51	.8	91.5	35	.84	.89	.07	-.13	-.01	-.08	.09	.00	-.03	.02
52	Aufgew. Heim	.48	.8	92.2	36	.56	.45	.26	.40	.17	.08	-.01	-.18	.18	.11
53	Wo. aufgew.	.46	.8	93.0	37	.52	.01	-.05	-.01	-.02	.63	.19	-.27	.00	.09
54	St. Erhol./T.	.41	.7	93.7	38	.45	.16	.22	-.12	.18	.05	.04	-.03	.05	.55
55	Überw. Freiz.-Gest.	.39	.6	94.3	39	.33	.04	-.20	-.10	-.12	-.14	.01	.47	-.03	.09
56	Erhol-Gef.n.Wochene.	.36	.6	94.9	40	.44	-.25	-.15	.20	-.35	-.12	.02	.33	-.16	-.17
57	Erhol-Gef.n.Url.	.33	.5	95.4	41	.55	-.03	-.07	.34	-.09	-.25	.03	.19	-.26	-.49
58	St. Schlaf	.31	.5	95.9	42	.54	.15	.01	.01	-.38	-.02	-.03	-.45	.40	-.03
59	Morg. ausgeschl.	.28	.5	96.4	43	.55	.07	-.33	.35	.00	.12	.02	.26	-.45	.13
60	Schlafstör.	.27	.4	96.8	44	.57	-.11	.24	-.11	.05	.09	-.15	-.12	.65	-.03
61	Warme Mahlz.	.24	.4	97.2	45	.22	-.07	.01	-.03	.06	-.02	.04	-.01	.45	.07
62	Kaffee- bzw. Teekons./T.	.21	.4	97.6	46	.36	.12	.01	-.34	.29	.17	.03	.04	-.02	-.32
63	Bierkons./Wo.	.21	.3	97.9	47	.50	.18	.62	.06	.01	-.05	.00	.00	.02	-.26
64	Weinkons./Wo.	.18	.3	98.2	48	.28	.08	-.04	.10	-.00	.02	-.01	.05	.05	.50
65	Kons.hochproz.Getr./Wo.	.17	.3	98.5	49	.20	-.06	.11	-.08	-.21	.03	-.10	.31	.02	.12
66	Rauch.	.15	.3	98.7	50	.29	-.17	-.18	.03	-.10	-.37	.09	.03	.22	.13
74	Schlaftbl.i.l.J.	.13	.2	98.9	51	.47	.19	-.29	.51	-.03	-.19	.18	.08	-.06	-.03
75	Beruh.tbl.i.l.J.	.11	.2	99.1	52	.44	.06	-.46	.14	-.10	-.15	.25	.08	-.28	.11
76	Schmerztbl.i.l.J.	.10	.2	99.3	53	.39	.07	-.15	-.01	-.05	-.01	.56	.18	.05	.07
78	Abführtbl.i.l.J.	.08	.1	99.5	54	.47	-.00	-.41	.29	.13	.26	.25	-.20	.07	.10
79	Sonst. Medik.i.l.J.	.07	.1	99.6	55	.20	-.20	-.04	.38	.00	-.00	-.07	-.08	-.02	-.02
80	Z.bish.Krankenh.aufenth.	.06	.1	99.7	56	.52	-.04	.01	.20	-.17	.05	.63	.06	-.14	-.12
81	Z.bish.Operat.	.06	.1	99.8	57	.32	.06	.02	.04	-.12	.11	.50	.06	-.12	-.07
82	Z. bish.Kuraufenth.	.05	.1	99.9	58	.21	.03	-.00	.11	.09	-.14	.30	.10	-.08	.22
83	Beurt. Leb.-Führ. ges.	.03	.1	100.0	59	.32	-.20	-.03	-.06	-.33	.01	.18	.24	-.19	-.17

Transformationsmatrix		F.1	F.2	F.3	F.4	F.5	F.6	F.7	F.8	F.9
	F.1	.72	.61	-.15	.19	.02	-.04	-.15	.09	.09
	F.2	.55	-.31	.42	-.20	-.10	.35	.35	-.32	-.04
	F.3	-.02	.12	.56	-.34	.63	-.09	-.33	.11	.12
	F.4	-.31	.52	.39	.25	-.13	.48	.12	.06	-.35
	F.5	.09	-.41	-.00	.66	.34	.39	-.20	.20	.14
	F.6	.21	-.21	.19	.12	-.02	-.43	.10	.48	-.64
	F.7	.04	-.00	-.35	-.47	.12	.46	.20	.61	-.00
	F.8	-.03	.12	-.29	.09	.66	-.07	.51	-.33	-.26
	F.9	-.07	.08	.26	.20	-.04	-.25	.60	.32	.57

+ Im Vergleich dazu in der vorliegenden Tabelle folgende veränderte Klassenbildung:
Item 7: 0, 1, 2 Ki.; 16: 1=einf.Arb., Hausfr.u.o.Ber., 2=Spezial-u.Facharb., 3=berufl.Höhergestellte; 35: 1= ja u. unentsch., 2=nein

Tab. 6: Faktorenanalyse (Hauptkomponentenanalyse) zu ausgewählten Items des Anamnestischen Erhebungsbogens unter Einschluß der life-event-Variablen aus dem Psychologischen Interview (d.h. der lebensbereichspezifischen Kennwerte sowie der dichotomisierten Variable "Leben" nach Vorkommen bzw. Nichtvorkommen von besonderen Veränderungen und Ereignissen in den beiden Kurvorjahren) und der dichotomisierten Variable nach der erhaltenen bzw. nicht erhaltenen zusätzlichen psychologischen Behandlung, basierend auf den Angaben von N=90 LVA-Kurpatienten, Darstellung von Items bzw. Variablen, Varianzen und Eigenwerten, Kommunalitäten, Ladungsmustern (im Rahmen der VARIMAX-rotierten Faktorenmatrix), Transformationsmatrix. Faktorenanalyse Version 2. (Skalierung/Polung siehe Grundauswertungstabelle 1)+

Nr.	Item	Eigenwert	Varianz % pro Faktor	Varianz % kumuliert	Nr. Faktor	Kommunalität	VARIMAX-rotierte Faktorenmatrix (Höchstladungen der extrahierten Faktoren unterstrichen) F.1	F.2	F.3	F.4	F.5	F.6	F.7	F.8	F.9
1	Alt.	6.54	9.1	9.1	1	.64	-.03	-.10	.03	-.04	.78	-.00	-.08	.03	.00
2	Alt.-Gr.	4.46	6.2	15.3	2	.60	.05	-.11	.13	.11	.72	-.03	-.07	-.00	.10
3	Geschl.	3.82	5.3	20.6	3	.70	-.19	.25	-.01	.05	-.12	-.64	.20	-.34	.03
4	Wohno.	3.55	4.9	25.5	4	.48	-.04	-.24	.28	-.19	-.06	-.53	-.02	.08	.04
5	Fam.-St.	2.97	4.1	29.7	5	.11	-.03	.01	-.07	.26	.08	.00	-.05	-.15	-.04
6	Ehep.ber.-tät.	2.96	4.1	33.8	6	.48	.21	-.04	-.17	.24	.31	.48	.05	-.05	.01
7	Z.d.Ki.	2.73	3.8	37.6	7	.36	.01	.08	-.17	.39	.34	.28	-.03	.11	.00
8	Nettoverd.	2.47	3.4	41.0	8	.53	.22	-.26	-.07	-.04	.00	.46	-.04	.42	.13
9	Volkssch.	2.42	3.4	44.4	9	.34	.04	-.01	-.00	.31	.09	.29	.11	.01	-.37
15	Abg.Ber.-Ausb.	2.31	3.2	47.6	10	.44	-.23	.50	-.12	-.17	.22	-.14	.13	-.00	-.06
16	Ber.-Tät.	2.17	3.0	50.6	11	.45	.19	-.22	.15	.06	-.24	.48	.20	-.02	-.03
17	Z.bish.Arb.-Pl.	2.14	3.0	53.6	12	.40	-.08	-.01	-.12	-.02	.45	.06	.10	.11	.22
18	Arb.z.schwer	1.95	2.7	56.3	13	.29	-.05	-.06	.22	.18	-.22	.13	-.28	-.18	.14
19	Arb. nicht befried.	1.89	2.6	58.9	14	.36	.05	.16	.15	.04	-.48	.02	.22	.08	-.11
20	nicht gen. verd.	1.82	2.5	61.5	15	.24	-.10	.20	-.18	.04	-.04	-.24	-.08	-.26	-.12
21	entlass.	1.67	2.3	63.8	16	.34	.00	-.15	.00	-.08	.01	-.32	-.30	-.32	-.00
22	Ber.-Tät. vor Kur	1.56	2.2	66.0	17	.43	-.18	.08	.12	.15	-.33	-.01	.29	.36	.11
(173-182)	"Leben"	1.50	2.1	68.1	18	.59	-.13	-.05	.45	.18	.07	.15	.38	-.19	.33
173	Er.Fam.bel.	1.45	2.0	70.1	19	.70	.08	.00	.14	.78	-.11	-.01	.17	.01	.13
174	Er.Fam. unang.	1.34	1.9	71.9	20	.68	.02	-.02	.17	.75	-.15	-.01	.14	.01	.19
175	Er.Ber.bel.	1.30	1.8	73.8	21	.72	.01	.09	.08	.10	.14	.06	.22	.03	.78
176	Er.Ber.unang.	1.16	1.6	75.4	22	.76	.03	.04	.04	.10	.14	.04	.25	.05	.80
177	Er.Ges.bel.	1.13	1.6	77.0	23	.78	-.18	.02	.61	-.13	.06	-.02	.18	-.55	-.06
178	Er Ges.unang.	1.02	1.4	78.4	24	.78	-.18	.04	.60	-.15	.06	-.02	.17	-.56	-.08
179	Er. wirtsch.bel.	1.00	1.4	79.8	25	.67	-.02	.18	.72	.14	.02	-.04	-.26	-.00	.14
180	Er. wirtsch.unang.	.95	1.3	81.1	26	.76	-.02	.09	.77	.15	.04	-.08	-.30	-.06	.15
347	Zus.psych.Beh.	.89	1.2	82.3	27	.37	.42	-.19	-.02	-.31	-.14	.10	-.00	.13	-.08
24	Ber.Körperh.	.86	1.2	83.5	28	.26	-.14	-.05	-.01	.25	-.00	.08	-.00	-.21	-.15
29	Arb.-Zt.	.80	1.1	84.7	29	.48	.21	.13	-.13	-.40	-.10	.44	-.02	.08	.12
30	Schicht	.79	1.1	85.8	30	.28	.07	.25	-.04	-.19	.23	.16	.02	-.23	.19
32	Körp.äuß.Bel.	.73	1.0	86.8	31	.33	-.01	-.16	-.00	.03	-.05	-.08	-.06	-.53	-.03
33	Neb.-Tät	.71	1.0	87.8	32	.21	.04	-.16	-.12	-.29	-.01	-.08	.25	-.10	.03
34	Z.d.z.Erhol.gen.Url.-T.	.66	.9	88.7	33	.46	.04	-.54	.14	-.29	-.16	.02	-.16	-.06	-.05
35	Abs.Rent.-Antr.	.61	.8	89.6	34	.27	-.19	-.03	-.06	-.03	.17	-.08	.12	.40	-.09
36	Häufigk.d.Krankm. 1. 2 J.	.59	.8	90.4	35	.36	-.03	-.07	.36	-.29	-.28	.01	.09	.19	-.06
37	Dauer d.Krankm. 1. 2J.	.54	.8	91.2	36	.57	.04	.03	.57	-.20	-.21	-.09	.17	.31	-.12
38	Volkssch.Vater	.52	.7	91.9	37	.29	.15	.40	.10	-.00	.05	-.20	-.00	.19	-.14
44	Abg.Ber.-Ausb.Vater	.50	.7	92.6	38	.34	.05	.29	.25	-.08	.34	.09	.09	-.01	-.18
45	Z.d.Geschw.	.48	.7	93.3	39	.36	.13	.30	.04	-.23	.08	.04	-.09	.41	-.07
46	Aufgew. Fam.	.44	.6	93.9	40	.89	-.91	.00	.13	.02	.03	-.04	-.15	.07	.06
47	Aufgew. o. Vater	.39	.5	94.4	41	.42	.56	.05	.07	.15	.20	.00	-.15	.04	.07
48	Aufgew. o. Mutter	.38	.5	95.0	42	.89	.91	-.00	-.13	-.02	-.03	.04	.15	-.07	-.06
49	Unehel.	.36	.5	95.5	43	.57	.63	-.12	.16	.04	-.04	.07	-.08	.33	.04
50	Aufgew. o.Elt.	.29	.4	95.9	44	.77	.84	-.13	-.02	-.14	-.04	.05	.08	-.02	-.02
51	Aufgew. b. Verw.	.28	.4	96.3	45	.81	.86	-.03	-.13	-.00	.02	.06	.15	-.08	-.09
52	Aufgew. Heim.	.27	.4	96.7	46	.57	.63	-.12	.16	.04	-.04	.07	-.08	.33	.04
53	Wo. aufgew.	.24	.3	97.0	47	.40	.15	-.36	-.04	-.11	-.07	-.34	-.05	.30	.12
54	St. Erhol./T.	.24	.3	97.3	48	.53	.14	-.55	-.04	.11	.16	.16	.08	.05	-.34
55	Überwieg. Freiz.-Gest.	.23	.3	97.7	49	.29	.14	.26	-.01	.23	-.06	.02	.17	-.17	-.28
56	Erhol.-Gef. n. Wochene.	.21	.3	98.0	50	.43	-.20	.51	.10	.11	-.27	-.03	.08	.06	-.01
57	Erhol.-Gef. n. Url.	.19	.3	98.2	51	.47	.09	.64	.12	.02	-.10	.03	.09	.06	-.07
58	St. Schlaf	.18	.3	98.5	52	.47	.09	-.11	-.37	-.06	-.43	-.08	-.13	.02	.30
59	Morg. ausgeschl.	.16	.2	98.7	53	.45	.06	.14	.41	.12	-.08	-.36	.24	.16	-.09
60	Schlafstör.	.13	.2	98.9	54	.35	-.07	-.19	-.24	-.26	.05	.19	-.33	.01	.14
61	Warme Mahlz.	.12	.2	99.1	55	.14	-.08	-.03	.06	-.06	.11	-.04	.24	.06	.21
62	Kaffee- bzw. Teekons./T.	.11	.2	99.2	56	.30	.16	.12	-.02	-.17	.31	.04	-.08	-.24	.25
63	Bierkons./Wo.	.09	.1	99.4	57	.47	.18	.09	.00	-.20	.09	.59	-.05	.13	.05
64	Weinkons./Wo.	.07	.1	99.5	58	.21	.04	-.34	.19	-.04	-.01	-.08	.12	.05	-.18
65	Kons. hochproz. Getr./Wo.	.07	.1	99.6	59	.18	-.04	-.08	.15	-.17	-.11	.29	.12	.02	-.02
66	Rauch.	.06	.1	99.7	60	.17	-.23	.10	-.23	.04	.01	-.08	.09	-.02	-.16
74	Schlaftbl.i.l.J.	.05	.1	99.7	61	.41	.11	.33	.17	-.09	-.04	-.23	.27	.20	-.27
75	Beruh.tbl.i.l.J.	.04	.1	99.8	62	.48	-.00	.25	.06	.09	-.01	-.40	.22	.02	-.43
76	Schmerztbl. i.l.J.	.04	.1	99.9	63	.38	.08	.05	-.11	.03	.09	-.08	.56	.06	-.15
77	Abführtbl. i.l.J.	.03	.0	99.9	64	.49	.11	-.08	-.02	-.03	.06	-.59	.19	.27	-.00
78	Sonst.Medik. i.l.J.	.02	.0	99.9	65	.15	-.25	.03	.12	-.11	-.10	-.00	.09	.10	-.15
79	Z.bish. Krankenh.-aufenth.	.01	.0	100.0	66	.59	-.08	.15	.06	-.03	-.06	-.03	.72	.02	.14
80	Z.bish. Operat.	.00	.0	100.0	67	.29	.06	.06	.03	.00	-.02	-.03	.50	.01	.16
81	Z.bish. Kuraufenth.	.00	.0	100.0	68	.28	-.04	-.06	.01	.07	.10	.00	.49	.03	.04
82	Beurt. Leb.-Führ.ges.	.00	.0	100.0	69	.22	-.06	.39	.14	.10	-.15	.01	.00	.04	.05
	Transformationsmatrix				F.1		.75	-.34	-.28	-.12	.06	.38	-.11	.20	.03
					F.2		.52	.33	.35	.20	-.24	-.26	.51	-.16	-.31
					F.3		-.01	.29	.04	.54	.47	.42	.22	-.09	.44
					F.4		.05	-.33	.82	-.06	-.16	.18	-.25	-.13	.23
					F.5		-.27	.17	.00	-.28	-.31	.35	.16	.67	.31
					F.6		.07	.18	.22	-.66	.55	-.11	.17	.01	.01
					F.7		-.04	-.54	-.07	.11	.12	-.57	.21	.26	.47
					F.8		-.15	-.38	-.07	-.20	-.17	.29	.70	-.40	-.11
					F.9		-.20	-.32	.21	.26	.32	.13	.06	.46	-.62

+ Anmerkung wie zu Tab. 5

Tab. 7: Faktorenanalyse zu ausgewählten Items des Katamnestischen Erhebungsbogens, einschließlich der dichotomisierten Variable "Life" zum Vorkommen bzw. Nichtvorkommen von besonderen Ereignissen und Veränderungen im Kurnachhalbjahr, sowie zu einigen speziellen Kennwerten des Anamnestischen Erhebungsbogens und zur dichotomisierten Variable zur erhaltenen bzw. nicht erhaltenen zusätzlichen psychologischen Behandlung, basierend auf den Angaben von N=90 LVA-Kurpatienten. Darstellung von Items, Eigenwerten und Varianzen, Kommunalitäten, Ladungsmustern (im Rahmen der VARIMAX-rotierten Faktorenmatrix), Transformationsmatrix. (Skalierung/Polung siehe Grundauswertungstabelle 1)+

Nr.	Item	Eigenwert	Varianz % pro Faktor	Varianz % kumuliert	Nr. Faktor	Kommunalität	VARIMAX-rotierte Faktorenmatrix (Höchstladungen der extrahierten Faktoren unterstrichen) F.1	F.2	F.3	F.4	F.5	F.6	F.7	F.8
84	Nutz.d.Kur	6.44	10.7	10.7	1	.78	-.21	.85	-.06	-.05	.10	.06	.02	.00
85	Dauer Nutz.	4.21	7.0	17.7	2	.63	-.29	.71	-.05	-.02	.16	.03	.02	-.07
86	Kurerf.allg.	3.59	6.0	23.7	3	.53	.04	.70	.02	-.01	-.00	.11	.11	.12
87	Psych. Kurkl. arb.	3.29	5.5	29.2	4	.21	.13	.01	-.14	.03	.17	-.34	-.08	.15
88	Morg.gymn.Häufigk.	2.91	4.9	34.1	5	.51	.16	-.01	.10	-.10	.11	.58	.32	.02
89	Morg.gymn.Dauer	2.59	4.3	38.4	6	.43	-.05	.14	.14	.14	.06	.13	.09	.58
90	Wand.Häufigk.	2.55	4.3	42.6	7	.59	.24	-.24	-.11	.04	.48	.43	.11	-.13
91	Wand.Dauer	2.45	4.1	46.7	8	.25	-.13	.09	-.11	-.02	.45	-.04	.01	-.01
92	Schwimm.Häufigk.	2.19	3.6	50.4	9	.28	-.02	.32	-.12	.13	.36	-.01	.06	.07
93	Schwimm.Dauer	1.95	3.2	53.6	10	.32	-.10	.36	-.08	.07	.36	-.01	.15	.05
94	Hautb.Häufigk.	1.88	3.1	56.7	11	.33	.14	.17	.08	.07	-.05	.18	.48	.01
95	Hautb.Dauer	1.73	2.9	59.6	12	.38	.14	.27	-.08	.18	.14	.02	.47	.00
96	Entsp.Häufigk.	1.62	2.7	62.3	13	.42	.22	-.12	-.14	-.06	.19	.19	.50	-.10
97	Entsp.Dauer	1.50	.25	64.8	14	.50	-.08	-.07	-.04	.32	.31	.51	.13	-.07
98	Ernähr.beib.	1.42	2.4	67.2	15	.40	-.01	.17	.04	.10	.00	.50	.27	.16
106	Arb.l.	1.28	2.1	69.4	16	.34	-.34	.02	-.31	-.13	-.07	-.15	-.04	-.26
107	Nach Kur gl.Arb.-St.	1.21	2.0	71.4	17	.47	.49	-.24	.12	.30	.25	-.04	.04	.02
108	Nach Kur and.Arb.-Pl.	1.16	1.9	73.3	18	.12	.03	-.04	-.04	.25	.11	-.01	-.07	-.17
121	Neb.-Tät.	1.11	1.9	75.2	19	.08	.10	.08	-.08	-.03	.02	-.04	.13	.19
122	Häufigk.d.Krankm.l.6Mon.	1.07	1.8	77.0	20	.51	.17	.01	.09	.01	.01	-.22	-.06	.64
123	Dauer d.Krankm.l.6Mon.	.96	1.6	78.6	21	.70	.81	-.14	-.01	-.05	-.04	.05	-.03	.07
124	Häufigk.d.Krankenh.-aufenth.l.6 Mon.	.93	1.6	80.2	22	.67	.76	-.16	-.11	.01	-.06	.10	-.17	-.11
127	Beurt.Ges.-Zust.	.87	1.5	81.6	23	.59	-.20	.56	.11	-.20	.14	.10	-.31	-.20
128	St. Erhol./T.	.85	1.4	83.0	24	.60	-.04	-.11	-.05	-.10	.70	.08	.25	.06
129	Überwieg.Freiz.-Gest.	.75	1.3	84.3	25	.33	.27	.04	-.01	-.06	-.13	-.18	-.38	-.21
130	St.körp.Bet./Wo.	.74	1.2	85.6	26	.62	-.09	-.08	.05	-.12	.44	.02	.59	.18
131	Kaffee- bzw. Teekons./T.	.69	1.2	86.7	27	.23	-.00	.11	.06	.21	.35	.19	-.03	-.07
132	Bierkons./Wo.	.67	1.1	87.8	28	.49	.19	.10	.14	-.46	.19	-.28	.03	-.27
133	Weinkons./Wo.	.58	1.0	88.8	29	.32	-.14	-.09	.19	-.05	-.01	-.48	.06	-.10
134	Kons.hochproz.Getr./Wo.	.55	.9	89.7	30	.38	.24	.39	-.09	.05	.03	-.37	.13	-.00
66	Rauch.	.53	.9	90.6	31	.31	-.06	-.13	.09	.35	-.19	-.08	.31	-.10
143	Schlaftbl. l.6.Mon.	.46	.8	91.4	32	.15	-.01	.10	.15	-.01	.00	.34	-.02	.01
144	Beruh.tbl. l.6 Mon.	.44	.7	92.1	33	.50	.32	-.02	.17	.09	-.36	.43	-.05	-.17
145	Schmerztbl. l.6 Mon.	.43	.7	92.9	34	.35	-.17	-.12	.34	.03	.28	.02	-.20	.25
146	Aufputschtbl. l.6 Mon.	.39	.7	93.5	35	.35	-.08	-.03	.04	.37	.21	.05	-.33	.20
147	Abführtbl. l. 6 Mon.	.37	.6	94.2	36	.49	-.04	.04	-.15	.24	-.11	.05	-.11	.61
148	Sonst Medik. l. 6 Mon.	.34	.6	94.7	37	.46	.46	.17	-.06	.08	-.25	-.12	.33	.15
149	Hausarzt aufges.	.33	.6	95.3	38	.64	.50	.08	.29	.09	-.10	-.17	.35	.03
150	Facharzt aufges.	.30	.5	95.8	39	.56	.62	-.23	-.18	.23	-.17	-.02	-.05	.01
152	Ggw.Körp.gew.	.26	.5	96.3	40	.45	-.02	.11	-.14	-.52	.00	-.37	.02	-.06
153	Beurt. Leb.-Führ.ges.	.23	.4	96.7	41	.44	.23	-.45	.36	.11	.16	-.07	-.03	-.05
154	Er.Fam.unang.	.21	.4	97.1	42	.83	-.06	-.01	.88	.17	-.02	.06	-.02	-.05
155	Er.Fam.bel.	.20	.4	97.5	43	.81	-.06	-.00	.86	.18	-.01	.07	-.06	-.05
156	Er.Ber.unang.	.19	.3	97.8	44	.78	.48	-.28	.17	-.33	-.06	.09	-.09	.55
157	Er.Ber.bel.	.16	.3	98.1	45	.76	.48	-.31	.18	-.44	-.10	.16	-.09	.39
164	Zuv.Ges.	.15	.3	98.4	46	.59	-.16	.37	.30	-.11	.54	-.04	-.07	-.14
165	Zuv.Ber.	.13	.3	98.7	47	.58	-.01	.31	-.06	-.19	.29	-.01	-.17	-.55
166	Zuv.Fam.	.11	.2	98.9	48	.54	-.00	.02	.06	-.10	.68	-.14	-.18	-.07
167	Zuv.sonst.Bez.	.10	.2	99.1	49	.46	.06	.22	.15	-.01	.54	.12	-.11	-.22
2	Alt-Gr.	.09	.2	99.3	50	.40	-.09	.05	-.25	.02	-.02	-.18	.53	-.01
3	Geschl.	.08	.2	99.4	51	.66	.15	-.00	.11	.73	-.16	.11	-.16	.11
4	Wohno.	.06	.1	99.6	52	.50	-.12	.02	-.32	-.01	.06	.47	-.15	.34
6	Ehep.ber.-tät.	.05	.1	99.7	53	.40	-.28	.07	.13	-.21	-.08	-.20	.39	-.20
7	Z.d.Ki.	.03	.1	99.8	54	.17	-.07	.01	-.02	-.08	-.08	.05	.38	.01
15	Abg.Ber.-Ausb.	.03	.1	99.8	55	.57	.21	-.00	.13	.59	-.12	-.14	.25	.22
16	Ber.-Tät.	.02	.1	99.9	56	.45	-.20	-.08	-.12	-.58	-.05	.15	-.02	-.14
22	Ber.-Tät.vor Kur	.02	.0	99.9	57	.48	.46	-.18	.28	.32	.13	.09	.05	.10
(154-163)	"Life"	.01	.0	100.0	58	.76	.17	-.15	.79	-.11	-.04	.02	-.10	.21
347	Zus.psych.Beh.	.00	.0	100.0	59	.29	-.11	-.09	-.07	.06	.22	-.37	.18	.18

Transformationsmatrix

	F.1	F.2	F.3	F.4	F.5	F.6	F.7	F.8
F.1	.65	-.50	.26	.26	-.28	.10	.00	.29
F.2	.04	.28	.33	.40	.62	.38	.26	.18
F.3	.17	.18	-.70	.17	-.18	.09	.57	.19
F.4	.47	-.21	-.11	-.52	.54	-.16	.22	.24
F.5	.07	.26	.31	.18	-.05	-.82	.31	.07
F.6	.54	.59	-.14	.12	-.04	.00	-.50	-.21
F.7	.07	.20	.38	-.18	-.41	.32	.43	-.54
F.8	.06	.34	.18	-.61	-.14	.11	.00	.65

+ Anmerkung wie zu Tab. 5

Tab. 8: Faktorenanalyse (Hauptkomponentenanalyse) zur Mehrzahl der Items des Psychologischen Interviews, basierend auf Daten der LVA-Kurpatienten zu Beginn ihrer Kur, und zwar im Falle a) unter Anwendung itembezogener missing-data-Korrekturen (N=157 LVA-Kurpatienten), im Falle b) ohne Anwendung von missing-data-Korrekturen (N=65 LVA-Kurpatienten, von denen auch bezugspersonenspezifische Kindheitserinnerungen vorliegen). Darstellung von Items, Eigenwerten und Varianzen, Kommunalitäten, Faktorenladungen (im Rahmen der VARIMAX-rotierten Faktorenmatrix), Transformationsmatrix.
(Kommunalitäten und Faktorenladungen aus Platzgründen ohne Komma, ebenso Faktorenmatrix)

Item-Nr. gem. Tab.1	Kurzbezeichnung pro Item	Nr. Faktor u. lfd. Nr. It)	a) Eigenwert	Varianz % pro Faktor	Varianz % kumuliert	Kommunalität	VARIMAX-rot. Fakt.-Matr. F. 1	F. 2	F. 3	b) Eigenwert	Varianz % pro Faktor	Varianz % kumuliert	Kommunalität	VARIMAX-rotierte Faktorenmatrix F. 1	F. 2	F. 3
168	Wann entschl.z.Kur	1	12.19	21.3	21.3	75	76	37	09	8.67	17.6	17.6	14	30	02	17
169	Anstr.	2	6.33	13.2	34.5	55	67	28	08	4.89	9.7	27.3	35	39	-20	22
170	Eigeninit.-Fremd-Init.	3	2.62	5.5	40.0	41	50	13	16	3.88	7.7	35.0	08	18	14	-14
171	Sorg. Arb.-Pl.	4	1.90	4.8	44.8	45	59	24	12	2 25	4.8	39.8	19	28	-08	22
172	Sorg. Fam.	5	1.63	4.1	48.9	47	58	25	-03	2.08	4.2	44.0	60	66	-39	13
173	Er. Fam. unang.	6	1.44	3.8	52.7	46	62	20	-05	1.99	4.0	48.0	63	74	-18	20
174	Er. Fam. bel.	7	1.38	3.7	56.4	46	65	17	-05	1.84	3.6	51.6	65	79	-14	13
175	Er. Ber. unang.	8	.98	3.0	59.4	41	49	16	08	1.62	3.3	54.9	34	39	02	-18
176	Er. Ber. bel.	9	.97	2.9	62.3	37	47	15	03	1.48	3.2	58.1	30	38	06	-17
177	Er. Ges. unang.	10	.82	2.7	65.0	38	46	16	-03	1.35	2.9	61.0	41	47	26	-35
178	Er. Ges. bel.	11	.76	2.4	67.4	32	50	21	-02	1.18	2.7	63.7	47	47	23	-29
179	Er. wirtsch. unang.	12	.70	2.0	69.4	67	56	29	11	1.06	2.5	66.2	30	36	32	-24
180	Er. wirtsch. bel.	13	.61	2.0	71.4	59	61	20	12	1.01	2.4	68.6	29	29	24	-18
183	Soz.ps.som.Z.	14	.52	1.9	73.3	31	42	19	05	1.00	2.3	70.9	21	-38	-26	-05
184	Ki. glückl.-ungl.	15	.39	1.9	75.2	49	58	16	-04	.98	2.0	72.9	45	18	48	43
185	Ki. ger.-unger.	16	.37	1.8	77.0	50	58	20	-01	.96	1.9	74.8	52	12	50	35
186	Ki. str.-n.str.	17	.36	1.8	78.8	43	46	32	12	.86	1.7	76.5	40	-10	-49	-36
187	Selbstzufr.	18	.30	1.6	80.4	52	61	09	04	.84	1.4	77.9	38	47	27	29
188	Ehrg.	19	.28	1.5	81.9	49	59	31	11	.79	1.3	79.2	04	18	-09	13
189	Nutz. psychol. Unt.	20	.25	1.5	83.4	40	52	28	18	.60	1.3	80.5	33	-36	09	19
190	Klags.	21	.20	1.4	84.9	59	65	15	00	.57	1.3	81.8	28	36	09	30
191	Mitt. Soz.	22	.20	1.4	86.3	56	72	16	02	.55	1.3	83.1	27	47	20	30
192	Mitt. Int.	23	.17	1.3	87.6	54	60	20	-08	.41	1.2	84.3	40	61	11	-10
193	Symp.	24	.16	1.3	88.9	62	68	31	13	.38	1.2	85.5	09	14	05	14
194	SE	25	.14	1.2	90.1	52	54	33	17	.35	1.2	86.7	44	-59	-22	08
195	Ängstl.	26	.12	1.1	91.2	64	75	26	04	.30	1.2	87.9	32	49	24	16
196	Belast.	27	.10	1.0	92.2	80	83	26	09	.28	1.1	89.0	48	69	08	07
197	FE ges.	28	.09	1.0	93.2	60	61	22	-10	.26	1.1	90.1	34	32	24	-16
198	FE 1-5J.	29	.07	.9	94.1	63	29	66	13	.25	1.1	91.2	16	18	20	-29
199	FE 6-14J.	30	.06	.9	95.0	67	30	70	06	.24	1.0	92.2	24	05	49	08
200	FE üb.14J.	31	.05	.8	95.8	68	31	72	13	.18	1.0	93.2	04	05	17	04
201	FE Mutt.	32	.04	.7	96.5	64	29	67	04	.16	1.0	94.2	45	28	47	04
202	FE Vat.	33	.04	.6	97.1	63	27	78	09	.15	1.0	95.2	19	13	26	06
203	FE Mutt.Str.	34	.03	.5	97.6	48	08	18	60	.12	.9	96.1	19	14	09	45
204	FE Vat.Str.	35	.02	.4	98.0	48	05	20	66	.10	.9	97.0	17	-03	-17	34
205	FE Vat.Unt.	36	.02	.3	98.3	59	08	16	70	.09	.9	97.9	32	-13	30	19
206	FE Konfl.Bezugspers.	37	.01	.3	98.6	45	03	14	74	.09	.9	98.8	06	16	30	19
207	FE Str.oB.Bezugspers.	38	.01	.3	98.9	65	30	79	14	.07	.6	99.4	25	19	44	-14
208	FE Trenn.o.B.Bezugspers.	39	.01	.3	99.2	67	29	79	16	.05	.3	99.7	22	07	33	-12
209	FE Katastr.	40	.01	.2	99.4	67	30	80	16	.04	.2	99.9	18	11	22	13
210	FE Eig. Aggr.	41	.00	.2	99.6	70	29	71	13	.03	.1	100.0	27	-09	40	19
211	FE Akt.-Pass.	42	.00	.2	99.8	71	29	79	12	.01	.0	100.0	19	05	43	-15
212	FE Entb.Einschr.	43	.00	.1	99.9	67	29	72	17	.00	.0	100.0	17	-04	22	04
213	FE Geschw.	44	.00	.1	100.0	55	30	62	16	.00	.0	100.0	18	17	27	-04
215	Aff.Tön.Ki.	45	.00	.0	100.0	63	27	81	05	.00	.0	100.0	38	-10	51	29

Faktorenmatrix

	a) F. 1	F. 1	F. 3	b) F. 1	F. 2	F. 3
F.1	72	62	12	77	60	08
F.2	63	-73	-22	59	-78	-17
F.3	08	-25	80	07	-16	89

Tab. 9: Faktorenanalyse (Hauptkomponentenanalyse) zum Fragebogen Einstellung zur Kur EzK, basierend auf den Angaben von N= 385 LVA- und BfA-Kurpatienten zum Beginn ihrer Kur. Darstellung von Items, Varianzen und Eigenwerten, Kommunalitäten, Faktorenladungen (im Rahmen der VARIMAX-rotierten Faktorenmatrix), Transformationsmatrix

Thema im Fragebogen (Fb) Nr.	Thema	Einzelitems Nr. FB	Kurzbezeichnung	Nr. Faktor (u.lfd. Nr.Item)	Eigenwert	Varianz % pro Faktor	Varianz % kumuliert	Kommunalität	VARIMAX-rotierte Faktorenmatrix *) Faktor1	Faktor2	Faktor3
I.	Wichtigkeit von Gründen für Kurbeantragung	1.	Sorge um Gesundheit	1	5.40	16.4	16.4	.28	.53	.02	.02
		2.	aus dem Alltag herauskommen	2	3.44	10.4	26.8	.47	-.09	.66	.15
		3.	mit jemand über Probleme sprechen	3	1.95	5.9	32.7	.50	.15	.64	-.27
		4.	fit für Arbeit werden	4	1.57	4.8	37.5	.18	.41	.07	.00
		5.	aus täglicher Arbeit herauskommen	5	1.38	4.2	41.7	.42	-.02	.63	.13
		6.	unter andere Menschen kommen	6	1.32	4.0	45.7	.40	.05	.60	.17
		7.	gesundheitliche Beschwerden lindern	7	1.22	3.7	49.4	.32	.56	-.05	.05
		8.	weil Arzt Kur empfohlen	8	1.20	3.4	52.8	.24	.49	.03	-.03
II.	Erwartung bestimmter Maßnahmen während des Kuraufenthaltes	1.	gründliche Untersuchung des Körpers	9	1.09	3.3	56.1	.32	.54	-.05	.17
		2.	Beratung in allg.Gesundheitsfragen	10	.99	3.0	59.1	.44	.63	.01	.18
		3.	aktives Einüben gesundheitsförd.Verhalt.	11	.96	2.9	62.0	.34	.55	.02	.18
		4.	Aussprache u.Berat.Probleme Arbeitspl.	12	.05	2.9	64.9	.45	.05	.44	-.36
		5.	Aussprache u. Berat.Probleme Familie	13	.91	2.8	67.7	.45	.10	.58	-.32
		6.	Beratung bezüglich Krankheit	14	.82	2.5	70.1	.30	.66	-.03	-.11
		7.	Verordnung von Bädern, Massagen, Gymn.	15	.81	2.5	72.6	.19	.32	-.08	.44
		8.	Verordnung von Medikamenten	16	.76	2.4	75.0	.20	.41	.17	-.01
		9.	Hilfe bei Schwierigkeiten während Kur	17	.71	2.2	77.1	.40	.39	.16	.15
III.	Wirksamkeitseinschätzung einzelner Punkte	1.	Luftveränderung	18	.67	2.0	79.1	.48	.17	.09	.60
		2.	Bäder, Massagen, Gymnastik usw.	19	.64	1.9	81.1	.33	.35	-.14	.58
		3.	Ruhe Kurort und Umgebung	20	.61	1.9	82.9	.38	.14	.27	.49
		4.	aus täglicher Arbeit herauskommen	21	.58	1.8	84.7	.38	-.04	.58	.22
		5.	aus Familie herauskommen	22	.57	1.7	86.4	.35	-.05	.61	-.01
		6.	Ausspannen, Wandern, Spielen	23	.56	1.7	88.1	.40	.16	.29	.52
		7.	daß man sich seelisch erholen kann	24	.51	1.5	89.7	.35	.15	.51	.17
		8.	Neue Begegnungen mit anderen Menschen	25	.50	1.5	91.2	.31	.12	.57	.27
		9.	Daß sich Schwestern kümmern	26	.47	1.4	92.6	.39	.52	.21	.17
		10.	Regelmäßigkeit des Tagesablaufes	27	.45	1.4	94.0	.31	.36	.21	.36
		11.	Ärztliche Untersuchung und Behandlung	28	.41	1.2	95.2	.39	.60	-.05	.19
IV.	Allgemeine Einschätz. Kur	1.	wie erfolgreich Kur im allgemeinen	29	.38	1.1	96.3	.31	.22	.09	.50
		2.	Kur speziell bei Ihnen von Erfolg	30	.34	1.0	97.4	.19	.13	.09	.40
		3.	Leute zur Kur, die es nicht nötig hätten	31	.32	1.0	98.3	.04	.09	.00	.18
		4.	sollten mehr Leute eine Kur in Anspruch nehm.	32	.39	.9	99.2	.10	.14	.22	.17
		5.	4 Wochen Dauer ausreichend f. Besserung	33	.26	.8	100.0	.11	-.15	.03	.29

Transformationsmatrix.

	Faktor1	Faktor2	Faktor3
Faktor 1	.72	.49	.49
Faktor 2	-.47	.86	-.17
Faktor 3	.51	.11	-.85

*) Höchstladungen extrahierter Faktoren unterstrichen

Tab. 10: Faktorenanalyse (Hauptkomponentenanalyse) zum Fragebogen Beurteilung der Kur BdK, basierend auf den Angaben von N= 387 LVA- und BfA-Kurpatienten zum Ende ihrer Kur. Darstellung von Items, Varianzen und Eigenwerten, Kommunalitäten, Faktorenladungen (im Rahmen der VARIMAX-rotierten Faktorenmatrix), Transformationsmatrix

Thema im Fragebogen (FB) Nr. Thema	Einzelitems Nr. FB	Kurzbezeichnung	Nr. Faktor (u.lfd. Nr. Item)	Eigenwert	Varianz % pro Faktor	Varianz % kumuliert	Kommunalität	VARIMAX-rotierte Faktorenmatrix (Höchstladungen extrahierter Faktoren unterstrichen) Faktor1	Faktor2	Faktor3	Faktor4
I. Haben folgende Maßnahmen geholfen	1.	gründliche Untersuchung Körper	1	10.06	28.7	28.7	.66	.18	.77	.15	.07
	2.	Beratung in Gesundheitsfragen	2	3.01	8.6	37.4	.60	.20	.73	.11	.12
	3.	Aussprache u. Berat.Probleme Arbeitspl.	3	2.52	7.2	44.6	.60	.06	.12	.11	.63
	4.	Aussprache u. Berat.Probleme Familie	4	2.00	5.7	50.3	.65	.08	.14	.12	.73
	5.	Aussprache u. Berat.körperl.Beschwerd.	5	1.38	4.0	54.3	.65	.26	.71	.07	.26
	6.	Verordnung von Medikamenten	6	1.30	3.7	58.0	.46	-.10	.65	.04	.16
	7.	Aussprache u. Berat.Kurschwierigkeiten	7	1.12	3.2	61.2	.38	-.09	.46	.21	.33
	8.	Luftveränderung	8	1.02	2.9	64.1	.48	.16	.16	.65	.05
	9.	Bäder, Massagen, Gymnastik	9	.96	2.8	66.9	.63	.31	.43	.60	-.01
	10.	Ruhe des Kurortes und Umgebung	10	.95	2.7	69.6	.51	.25	.20	.64	.05
	11.	aus der täglichen Arbeit herausgekommen	11	.89	2.5	72.2	.57	.09	-.02	.71	.24
	12.	aus der Familie herausgekommen	12	.80	2.3	74.5	.58	.00	-.33	.56	.39
	13.	Ausspannen, Wandern, Spielen	13	.75	2.1	76.6	.46	.16	.16	.63	.09
	14.	Begegnungen mit anderen Menschen	14	.70	2.0	78.6	.56	.04	-.08	.67	.32
	15.	daß sich Schwestern kümmerten	15	.66	1.9	80.5	.41	-.09	.38	.49	.10
	16.	Regelmäßigkeit des Tagesablaufes	16	.61	1.7	82.3	.58	.32	.26	.58	.04
	17.	Ärztliche Untersuchung und Behandlung	17	.55	1.6	83.8	.47	.14	.77	.28	-.04
	18.	Autogenes Training, Entspannungsübungen	18	.52	1.5	85.3	.36	.26	.06	.30	.43
	19.	Gruppengespräche	19	.49	1.4	86.7	.58	.20	.25	.02	.68
	20.	persönliche Gespräche mit Psychologen	20	.45	1.3	88.0	.63	.14	.12	.11	.76
II. Allgemeine Beurteilung	1.	Glaube, nach Kur gesünder zu leben	21	.43	1.2	89.3	.29	.40	.14	.21	.24
	2.	am Kurende leistungsfähiger	22	.40	1.2	90.4	.68	.67	.14	.40	.21
	3.	körperlich erholt	23	.38	1.1	91.5	.65	.73	.13	.31	.01
	4.	Beschwerden gebessert	24	.37	1.1	92.6	.58	.63	.13	.32	.25
	5.	seelisch erholt	25	.34	.9	93.6	.55	.61	-.00	.32	.27
	6.	Sorgen um die Zukunft	26	.32	.9	94.5	.35	-.40	-.20	.15	.35
	7.	in der Kurklinik wohlgefühlt	27	.30	.8	95.4	.62	.52	.18	.55	-.06
	8.	würden Sie Kur wiederholen	28	.28	.8	96.2	.46	.46	-.02	.48	.08
	9.	Kurprogramm anstrengend	29	.27	.6	97.0	.14	-.35	-.04	-.01	.11
	10.	Leute unnötig zur Kur	30	.21	.6	97.6	.12	-.35	.06	-.01	-.03
	11.	Mehr Leute Kur in Anspr.nehmen	31	.20	.5	98.1	.09	.22	.04	.20	-.02
	12.	Kur bei vielen von Erfolg	32	.19	.5	98.6	.25	.34	.13	.34	.04
	13.	Kur bei Ihnen von Erfolg	33	.16	.5	99.1	.78	.81	.07	.29	.21
	14.	Dauer von 4 Wochen ausreichend	34	.14	.5	99.6	.41	.61	.19	-.06	.09
	15.	Wielange wird Erfolg andauern	35	.13	.4	100.0	.55	.71	.00	.13	.18

Transformationsmatrix (zu Tab. 10)

	Faktor1	Faktor2	Faktor3	Faktor4
Faktor 1	.60	.39	.60	.35
Faktor 2	-.44	.81	-.25	.27
Faktor 3	-.51	-.39	.36	.67
Faktor 4	-.43	.16	.66	-.59

Transformationsmatrix (zu Tab. 11)

	Faktor1	Faktor2	Faktor3	Faktor4
Faktor 1	.87	.34	.22	.28
Faktor 2	-.47	.66	.52	.26
Faktor 3	.11	-.24	.72	-.63
Faktor 4	-.07	-.62	.39	.67

Tab. 11: Faktorenanalyse (Hauptkomponentenanalyse) zum Fragebogen zur Erfassung subjektiver Krankheitskonzepte und Behandlungsvorstellungen KKB, basierend auf Angaben von N= 378 LVA- und BfA-Kurpatienten zu Beginn ihrer Kur. Darstellung von Items, Varianzen und Eigenwerten, Kommunalitäten, Faktorenladungen (im Rahmen der VARIMAX-rotierten Faktorenmatrix), Transformationsmatrix

Thema im Fragebogen (FB) Nr. Thema	Einzelitems Nr. FB	Kurzbezeichnung	Nr. Faktor (u.lfd. Nr. Item)	Eigenwert	Varianz % pro Faktor	Varianz % kumuliert	Kommunalität	VARIMAX-rotierte Faktorenmatrix (Höchstladungen extrahierter Faktoren unterstrichen) Faktor1	Faktor2	Faktor3	Faktor4
I. Vorstellungen über Ursachen von Beschwerden	1.	Allgemeine Erschöpfung	1	4.93	22.4	22.4	.59	.12	.73	.05	.18
	2.	Belastungen durch familiäre Verhältn.	2	2.14	9.7	32.2	.55	.67	.20	-.23	-.08
	3.	Ängste, nicht überwindbar	3	1.82	8.3	40.4	.55	.71	.18	.00	.10
	4.	Überlastung in Arbeit	4	1.45	6.6	47.0	.61	-.06	.47	.01	.62
	5.	Allgemeine Hetze des heutigen Lebens	5	1.30	5.9	52.9	.48	.07	.37	.05	.39
	6.	Nervöse Übererregbarkeit	6	1.13	5.1	58.1	.35	.44	.40	-.00	.01
	7.	Schwierigkeiten im sexuellen Bereich	7	.93	4.2	62.3	.31	.53	.07	.01	.17
	8.	Innere Hemmungen	8	.85	3.9	66.2	.65	.30	-.01	-.00	.11
	9.	Unzufriedenheit im Beruf	9	.84	3.8	70.0	.51	.27	.00	-.01	.66
	10.	Falsche Erziehung	10	.78	3.5	73.6	.35	.49	.01	-.13	.31
	11.	Allgemeine Kreislaufschwäche	11	.71	3.3	76.8	.30	.04	.54	-.07	-.03
	12.	versteckte körperliche Krankheit	12	.68	3.1	79.9	.20	.00	.10	.38	.20
II. Vorstellungen über Behandlungsmaßnahmen	1.	eigentliche körperliche Ursache finden	13	.65	3.0	82.9	.38	-.02	.23	.50	-.27
	2.	in Gesprächen Schwierigkeiten klären	14	.59	2.7	85.5	.52	.52	-.01	.30	.02
	3.	zu befriedigender Arbeitssituation verh.	15	.56	2.6	88.1	.65	.15	-.01	.19	.77
	4.	straffen Behandlungsplan ausarbeiten	16	.49	2.2	90.3	.37	.01	.35	.42	-.04
	5.	dafür sorgen, daß Sie sich erholen	17	.47	2.1	92.5	.41	.10	.54	.32	-.12
	6.	Zusammenhänge seelische u. körperl.Besch.	18	.41	1.8	94.3	.64	.63	.13	.48	.01
	7.	Arbeitsunfähigkeit bescheinigen	19	.38	1.8	96.1	.20	-.13	-.07	.41	.11
	8.	Chefarzt zur Behandlung hinzuziehen	20	.33	1.5	97.6	.48	.07	-.12	.68	.02
	9.	Hilfe, mehr Selbstvertrauen zu gewinnen	21	.28	1.3	98.9	.62	.76	-.01	.18	.09
	10.	Möglichkeiten zur angenehmeren Gestaltung der familiären Situation	22	.25	1.1	100.0	.56	.75	.08	-.02	-.00

Tab. 12: Faktorenanalyse (Hauptkomponentenanalyse) zum Fragebogen Hypochondrie und Gesundheitsverhalten HG, basierend auf Angaben von N=172 LVA-Kurpatienten zum Beginn ihrer Kur. Darstellung von Items, Varianzen und Eigenwerten, Kommunalitäten, Faktorenladungen (im Rahmen der VARIMAX-rotierten Faktorenmatrix), Transformationsmatrix

Thema im Fragebogen (FB) Nr.	Thema	Einzelitems Nr. FB	Kurzbezeichnung	Nr. Faktor (u.lfd. Nr. Item)	Eigenwert	Varianz % pro Faktor	Varianz % kumuliert	Kommunalität	VARIMAX-rotierte Faktorenmatrix (Höchstladungen extrahierter Faktoren unterstrichen) Faktor1	Faktor2	Faktor3	Faktor4
I.	Risiko-	1.	Zur Krankheitsvorbeugung gesunde Ernähr.	1	2.18	18.2	18.2	.36	-.07	.57	.03	.16
	vermei-	2.	Auf Speisen ohne Konserv.-mitt. acht.	2	2.02	16.8	35.0	.60	.01	.77	.04	-.08
	dung	3.	Vermeiden, ungewaschenes Obst zu essen	3	1.40	11.7	46.7	.26	.03	.39	.26	-.18
II.	Mißtr.	4.	Zweifel,ob Hausarzt Beschw.-Urs.erkennt	4	1.17	9.7	56.4	.63	.79	-.01	-.03	.06
	gegen	5.	bei ärztl.Unters.Gefühl,oberflächl.beh.	5	.94	7.9	64.3	.75	.36	.02	.01	-.05
	Ärzte	6.	Zweifel, ob beste Behandlung	6	.93	7.7	72.0	.67	.81	-.05	.09	.09
III.	Mißtr.	7.	einer Tageswanderung nicht gewachsen	7	.73	6.1	78.1	.63	.12	-.02	-.03	.78
	geg.eig.	8.	gehäufte Anstrengung erschöpfend	8	.66	5.5	83.6	.63	-.05	.01	.23	.76
	Körper	9.	plötzlicher Klimawechsel schädigend	9	.59	4.9	88.5	.46	.09	.44	-.32	.40
IV.	Beacht.	10.	Niesen od.Kratzen veranl.Vorbeugung	10	.56	4.7	93.2	.52	.00	.10	.64	.31
	v.Krank-	11.	belegte Zunge u.Mattigkeit ernst nehm.	11	.43	3.6	96.9	.68	.09	.06	.81	-.04
	heitsanz.	12.	Mattigkeit und Frösteln nicht leicht nehm.	12	.38	3.1	100.0	.54	-.05	.55	.49	.01

Transformationsmatrix

	Faktor1	Faktor2	Faktor3	Faktor4
Faktor 1	.76	.34	.41	.36
Faktor 2	-.61	.59	.50	.15
Faktor 3	-.20	-.22	-.26	.91
Faktor 4	.08	.69	-.71	-.02

Tab. 13: Faktorenanalyse (Hauptkomponentenanalyse) zum Fragebogen zur Erfassung subjektiver psychosozialer Belastungen im Zusammenhang mit Ehe, Familie und Beruf BFB, basierend auf Angaben von N=328 LVA- und BfA-Kurpatienten zum Beginn ihrer Kur. Darstellung von Items, Varianzen und Eigenwerten, Kommunalitäten, Faktorenladungen (im Rahmen der VARIMAX-rotierten Faktorenmatrix), Transformationsmatrix

Thema im Fragebogen (FB) Nr.	Thema	Einzelitems Nr. FB	Kurzbezeichnung	Nr. Faktor (u.lfd. Nr. Item)	Eigenwert	Varianz % pro Faktor	Varianz % kumuliert	Kommunalität	VARIMAX-rotierte Faktorenmatrix (Höchstladungen extrahierter Faktoren unterstrichen) Faktor1	Faktor2	Faktor3	Faktor4
I.	Arbeits-	1.	Arbeit macht im allgemeinen Spaß	1	4.89	24.5	24.5	.60	-.05	-.08	.77	.04
	bezo-	2.	langweile mich bei Arbeit	2	2.36	11.8	36.3	.32	-.00	.06	-.56	-.09
	gene	3.	würde Beruf wechseln	3	2.13	10.6	46.9	.62	.24	.30	-.67	-.13
	Unzufr.	4.	arbeite unter Zeitdruck	4	1.31	6.5	53.4	.50	-.08	.67	-.11	.17
	u.Belast.	5.	bei Arbeit schwer überwindl.Probleme	5	1.12	4.5	59.1	.46	-.18	.64	.02	.11
		6.	denke,daß ich mir in Arbeit zuviel zumute	6	1.02	5.1	64.2	.58	.13	.74	-.02	-.11
		7.	abends erschöpft	7	.94	4.7	68.9	.56	.16	.73	-.03	.03
		8.	Gefühl, Anforderungen wachsen über Kopf	8	.76	3.8	72.7	.61	.47	.61	-.04	.10
II.	Berufs-	9.	wäre im Beruf gerne weiter gekommen	9	.65	3.3	76.0	.33	.24	.35	-.07	-.38
	bezog.	10.	mit Verhältnis zu Kollegen zufrieden	10	.62	3.1	79.1	.58	-.01	.04	.73	-.18
	(Un)Zufr.	11.	mit Bezahlung zufrieden	11	.59	3.0	82.1	.32	-.14	.05	.33	-.06
III.	Kinder-	12.	Auseinandersetzungen mit Kindern	12	.53	2.7	84.8	.68	.23	.10	-.01	.78
	bezog.	13.	Auseinandersetz.mit Ehepartn.weg.Kindern	13	.48	2.4	87.2	.62	.49	.17	-.11	.58
	Belast.	14.	wünsche, Kinder würden mich verstehen	14	.44	2.2	89.5	.64	.32	.11	.03	.72
IV.	Ehe-	15.	denke,viele Ehen harmonischer als eigene	15	.44	2.2	91.7	.64	.79	-.01	-.04	.12
	bezogene	16.	Ehe bringt mehr seelische Belastung mit	16	.38	1.9	93.6	.64	.78	.10	-.12	.08
	Be-	17.	glaube, mein Ehepartner mit Ehe zufrieden	17	.35	1.8	95.4	.46	-.59	.22	.32	-.06
	lastung	18.	wünsche mir, Ehepartner würde mich verst.	18	.34	1.7	97.1	.66	.78	.04	-.15	.15
		19.	wünsche mir vom Ehepartner mehr Schonung	19	.30	1.5	98.7	.53	.70	.13	-.11	.05
		20.	Ehepartner hört nicht richtig zu bei Probl.	20	.26	1.3	100.0	.31	.52	.06	.07	.17

Transformationsmatrix

	Faktor1	Faktor2	Faktor3	Faktor4
Faktor 1	.80	.37	-.34	.31
Faktor 2	-.37	.89	-.12	-.24
Faktor 3	.11	.26	.88	.36
Faktor 4	.45	.00	.29	-.84

Tab. 14: Faktorenanalyse (Hauptkomponentenanalyse) zum Fragebogen Einschätzung der Patienten durch den Gruppenarzt und die Gruppenbetreuerin, basierend auf den Einschätzungen über N=175 LVA-Kurpatienten. Darstellung von Items, Varianzen und Eigenwerten, Kommunalitäten, Faktorenladungen (im Rahmen der VARIMAX-rotierten Faktorenmatrix), Transformationsmatrix

Thema im Fragebogen (FB) Nr.	Thema	Einzelitems Nr. FB	Kurzbezeichnung	Nr. Faktor (u.lfd. Nr. Item)	Eigenwert	Varianz % pro Faktor	Varianz % kumuliert	Kommunalität	VARIMAX-rotierte Faktorenmatrix (Höchstladungen extrahierter Faktoren unterstrichen) Faktor1	Faktor2	Faktor3
I.	Einschätzung durch Gruppenarzt	1.	Veränderung des körperl.Allgemeinzustandes	1	5.30	35.3	35.3	.71	-.84	.01	.07
		2.	Veränderung in spezieller Symptomatik	2	2.59	17.3	52.6	.74	.86	.05	.06
		3.	subjektive Beschwerden vermehrt/verringert	3	1.44	9.6	62.2	.65	.79	.06	.11
		4.	Gesundheitsverhalten bisher	4	1.13	7.6	69.8	.23	.33	.21	.00
		5.	Gesundheitsverhalten im nächsten Halbjahr	5	.92	6.2	76.0	.59	.70	.28	-.06
		6.	an Beschwerden psychosomatische Faktoren	6	.71	4.7	80.7	.72	.15	-.16	.82
		7.	Beschwerden werden sich verschl./verbessern	7	.58	3.9	84.6	.52	.68	.06	-.21
		8.	bemühte sich um positiven Kurerfolg	8	.48	3.3	87.9	.73	.85	.09	-.00
		9.	neigt zur übertriebenen Klagsamkeit	9	.37	2.5	90.4	.64	-.12	.09	.78
		10.	alles in allem Kurerfolg	10	.31	2.1	92.5	.78	.84	.24	-.11
II.	Einschätzung durch Gruppenbetr.	1.	körperl. Leistungsfähigk.verschl./verbess.	1	.29	2.0	94.5	.66	-.07	.80	.06
		2.	bemühte sich um positiven Kurerfolg	2	.26	1.8	96.3	.77	.12	.86	-.02
		3.	wirkt seelisch belastet	3	.20	1.4	97.6	.33	-.35	-.35	.28
		4.	gibt sich kränker als er ist	4	.18	1.2	98.9	.59	-.19	-.72	.18
		5.	alles in allem Kurerfolg	5	.16	1.1	100.0	.65	.04	.80	.00

Transformationsmatrix

	Faktor1	Faktor2	Faktor3
Faktor 1	.89	.44	.08
Faktor 2	.44	-.88	.16
Faktor 3	.00	.18	.98

Tab. 15: Itemanalyse zu dem Psychologischen Interview auf der Grundlage faktorenanalytisch ermittelter Skalenbildungen. Darstellung der Nummer und Kurzbezeichnung der Skalen und (entsprechend der Fragebogenfassung) der Items sowie des korrigierten Trennschärfe-Wertes pro Item (r_{it}), des CRONBACH-Alpha-Wertes pro Skala bei Eliminierung des jeweiligen Items (Alpha It.el.), des CRONBACH-Alpha-Wertes zur Schätzung der inneren Konsistenz pro Skala (Alpha) und desselben in standardisierter Form (Alpha stand.), basierend auf Daten von N=157 (für erste beide Skalen bzw. N=65 für die dritte Skala) LVA-Kurpatienten zum Beginn ihrer Kur (T1; M und s pro Item siehe Tab. 1).

Skala / Items	r_{it}	Alpha	Alpha stand. / Alpha It.el.
Int1 Psychosoz.Belast.u.psychoveg.Gest.		.73	.75
1. Wann entschl.z.Kur	.74		.73
2. Anstr.	.70		.76
3. Eigeninit.-Fremd.-Init.	.74		.73
4. Sorg.Arb.-Pl.	.70		.76
5. Sorg.Fam.	.70		.76
6. Er.Fam.unang.	.73		.72
7. Er.Fam.bel.	.73		.72
8. Er.Ber.unang.	.72		.74
9. Er.Ber.bel.	.72		.74
10. Er.Ges.unang.	.71		.74
11. Er.Ges.bel.	.71		.74
12. Er.wirtsch.unang.	.74		.73
13. Er.wirtsch.bel.	.74		.73
16. Soz.ps.som.Z.	.73		.72
17. Ki.glückl.-ungl.	.68		.77
18. Ki.ger.-unger.	.74		.73
19. Ki.str.-n.str.	.28		.79
20. Selbstzufr.	.70		.76
21. Ehrg.	.80		.80
22. Nutz.psychol.Unt.	.74		.73
23. Klags.	.69		.77
24. Mitt.Soz.	.74		.73
25. Mitt.Int.	.75		.72
26. Symp.	.71		.74
27. SE.	.73		.72
28. Ängstl.	.73		.72
29. Belast.	.72		.74
30. FE. ges.	.72		.74
Int2 Allg.belast.-rel.Asp.Kindh.-Erinn.		.49	.50
31. FE. 1-5J.	.30		.47
32. FE. 6-14J.	.30		.47
34. FE. Mutt.	.04		.57
35. FE. Vat.	.31		.47
41. FE. Trenn.o.B.Bezugspers.	.70		.27
42. FE. Katastr.	.60		.30
43. FE. Eig.Aggr.	.08		.56
44. FE. Akt.-Pass.	.32		.46
45. FE. Entbehr., Einschr.	.74		.25
48. Aff.Tön.Ki.	.34		.46
Int3 Gefühlsm.mit früh.Bezugspers.v.Kindh.-Erinn.		.42	.46
36. FE. Mutt.Str.	.44		.36
37. FE. Vat.Str.	.44		.36
38. FE. Vat.Unt.	.42		.37
39. FE. Konfl.Bezugspers.	.16		.57

Tab. 16: Itemanalyse zu dem Fragebogen Einstellung zur Kur EzK und zu dem Fragebogen Beurteilung der Kur BdK, jeweils auf der Grundlage faktorenanalytisch ermittelter Skalenbildungen. Darstellung der Nummer und Kurzbezeichnung der Skalen und (entsprechend der Fragebogenfassung) der Items (bei Negativpolung "n"), des Mittelwertes (M) und der Standardabweichung (s) sowie des korrigierten Trennschärfe-Wertes (r_{it}) pro Item, des CRONBACH-Alpha-Wertes zur Schätzung der inneren Konsistenz pro Skala bei Eliminierung des jeweiligen Items (Alpha It.el.), des CRONBACH-Alpha-Wertes pro Skala (Alpha) und desselben in standardisierter Form (Alpha stand), basierend auf itemspezifisch vollständigen Daten von N=163 LVA-Kurpatienten (EzK zu Beginn der Kur T1, BdK zum Ende der Kur T2).

Skala / Items (bei Negativpolung "n")	M	s	r_{it}	Alpha	Alpha stand. / Alpha It.el.
Fragebogen Einstellung zur Kur EzK					
216 EzK1 Erw.befr.Ges.-Zust.				.68	.71
I.1. Sorge um Gesundheit	3.69	.63	.34		.66
I.4. fit für Arbeit werden	3.68	.57	.39		.66
I.7. gesundheitliche Beschwerden lindern	3.62	.63	.35		.66
I.8. weil Arzt Kur empfohlen	2.97	1.19	.19		.70
II.1. gründliche Untersuchung des Körpers	3.68	.68	.42		.65
II.2. Beratung in allg. Gesundheitsfragen	3.29	.89	.38		.66
II.3. aktiv.Einüben gesundh.-förderl.Verhaltens	3.02	.92	.34		.66
II.6. Beratung bezügl. Krankheit	3.49	.76	.47		.64
II.8. Verordnung von Medikamenten	1.80	.86	.15		.69
II.9. Hilfe bei Schwierigkeiten während Kur	1.94	.94	.35		.66
III.9. daß sich Schwestern um einen kümmern	2.74	.94	.36		.66
III.11. Ärztliche Untersuchung und Behandlung	3.62	.63	.31		.66
217 EzK2 Erw.Entl.v.allt.Anf.,Ausspr.,Kont.				.73	.73
I.2. aus dem Alltag herauskommen	2.24	.89	.44		.70
I.3. mit jemand über Probleme sprechen	1.73	.85	.50		.70
I.5. aus der täglichen Arbeit herauskommen	2.24	.88	.33		.72
I.6. unter andere Menschen kommen	1.94	.97	.51		.70
II.4. Aussprache u.Berat.Probleme Arbeitsplatz	1.77	.98	.27		.73
II.5. Aussprache u.Berat.Probleme Familie	1.64	1.03	.35		.72
III.4. aus täglicher Arbeit herauskommen	2.49	.99	.43		.70
III.5. aus Familie herauskommen	1.69	.88	.46		.70
III.7. daß man sich seelisch erholen kann	3.28	.96	.34		.72
III.8. neue Begegnungen mit anderen Menschen	2.12	.83	.28		.72
218 EzK3 Erw.natürl.Heilm., Erf.-Zuv.				.65	.67
I.3.n mit jemand über Probleme sprechen	3.26	.85	.23		.65
II.4.n Aussprache u.Berat.Probleme Arbeitsplatz	3.22	.98	.26		.64
II.5.n Aussprache u.Berat.Probleme Familie	3.36	1.03	.23		.65
II.7. Verordnung von Bädern,Massagen,Gymn.	3.41	.79	.30		.63
III.1. Luftveränderung	2.97	.98	.34		.62
III.2. Bäder, Massagen, Gymnastik usw.	3.50	.77	.43		.61
III.3. Ruhe Kurort und Umgebung	3.53	.72	.33		.63
III.6. Ausspannen, Wandern, Spielen	3.34	.83	.47		.60
IV.1. wie erfolgreich Kur im allgemeinen	3.25	.77	.49		.60
IV.2. Kur speziell bei Ihnen von Erfolg	3.32	.70	.31		.63
IV.5. 4 Wochen Dauer ausreichend f. Besserung	2.66	.92	.08		.69

Fortsetzung Tabelle 16:

Skala / Items (bei Negativpolung "n")	M	s	r_{it}	Alpha stand. / Alpha It.el.
219 BdK1 Glob.subj.Kurerf.			.88	.88
II.1. Glaube nach Kur gesünder zu leben	2.61	.73	.49	.87
II.2. am Kurende leistungsfähiger	2.77	.92	.84	.85
II.3. körperlich erholt	2.82	.96	.76	.85
II.4. Beschwerden gebessert	2.41	.93	.67	.86
II.5. seelisch erholt	2.45	.88	.64	.86
II.6.n Sorgen um die Zukunft	3.45	.81	.43	.88
II.9. Kurprogramm anstrengend	3.24	.81	.42	.88
II.10n Leute unnötig zur Kur	2.97	.92	.19	.89
II.13. Kur bei Ihnen von Erfolg	2.98	.87	.79	.85
II.14. Dauer von 4 Wochen ausreichend	2.41	.97	.64	.86
II.15. wie lange wird Erfolg andauern	2.56	.62	.60	.87
220 BdK2 Zufr.med.Unt.Beh.			.87	.87
I.1. gründliche Untersuchung Körper	2.86	.92	.78	.82
I.2. Beratung in Gesundheitsfragen	2.70	.98	.70	.83
I.5. Aussprache u.Berat.körperl.Beschwerden	2.57	1.02	.72	.83
I.6. Verordnung von Medikamenten	2.17	.87	.56	.86
I.7. Aussprache u.Berat.Kurschwierigkeiten	1.85	.96	.45	.88
I.17. Ärztliche Untersuchung und Behandlung	2.90	.93	.77	.82
221 BdK3 Zufr.m.erh.u.kommun.förd.Bed.			.67	.68
I.8. Luftveränderung	2.50	1.09	.60	.81
I.9. Bäder, Massagen, Gymnastik	3.20	.83	.60	.81
I.10. Ruhe Kurort und Umgebung	3.08	.94	.72	.79
I.11. aus der täglichen Arbeit herausgekommen	3.05	.88	.60	.81
I.12. aus der Familie herausgekommen	1.80	.83	.28	.84
I.13. Ausspannen, Wandern, Spielen	3.14	.81	.52	.82
I.14. Begegnungen mit anderen Menschen	2.44	.94	.59	.81
I.15. daß sich Schwestern kümmerten	1.94	.94	.36	.83
I.16. Regelmäßigkeit des Tagesablaufes	2.46	.90	.58	.81
222 Pos.Bew.psych.Kurm.			.70	.68
I.3. Aussprache u.Berat.Probleme Arbeitsplatz	1.72	.83	.58	.62
I.4. Aussprache u.Berat.Probleme Familie	1.82	1.00	.65	.58
I.18. Autogenes Training, Entspannungsübungen	2.85	.89	.34	.69
I.19. Gruppengespräche	2.14	.89	.59	.61
I.20. persönliche Gespräche mit Psychologen	2.38	1.05	.62	.59
II.6. Sorgen um die Zukunft	1.54	.81	.13	.80

Tab. 17: Itemanalyse zu dem Fragebogen Freiburger Beschwerdenliste FBL, Skala Allgemeinbefinden (FBL1 Allg.). Darstellung der Nummer und Kurzbezeichnung (entsprechend der Fragebogenfassung), des Mittelwertes (M), der Standardabweichung (s) und des korrigierten Trennschärfe-Wertes (r_{it}) der einzelnen Items, des CRONBACH-Alpha-Wertes zur Schätzung der inneren Konsistenz pro Skala bei Eliminierung des jeweiligen Items (Alpha It.el.), des CRONBACH-Alpha-Wertes pro Skala (Alpha) und desselben in standardisierter Form (Alpha stand.), basierend auf (an den einzelnen Erhebungsterminen) itemspezifisch vollständig vorliegenden Daten von N= 162 LVA-Kurpatienten, hier zu Beginn ihrer Kur (T1).

Skala / Items	M	s	r_{it}	Alpha stand. / Alpha It.el.
271 FBL1-1 Allg.			.79	.79
1. morg.nach Aufsteh.müde u.zerschlag.	4.13	1.22	.57	.75
2. körperl.Leistungsvermögen verringert	3.86	1.27	.63	.74
3. ermüden Sie schnell?	3.61	1.30	.60	.75
4. schwindelig beim Aufrichten	3.15	1.48	.45	.77
5. fühlen Sie sich benommen?	3.11	1.37	.68	.73
6. haben Sie Kopfschmerzen?	2.99	1.34	.40	.78
7. haben Sie Appetitmangel?	1.91	1.43	.18	.81
8. reagiert Ihr Körper auf Wetteränderung?	3.49	1.53	.49	.76

Tab. 18: Itemanalyse zu dem Fragebogen zur Erfassung subjektiver Krankheitskonzepte und Behandlungsvorstellungen KKB auf der Grundlage faktorenanalytisch ermittelter Skalenbildungen. Darstellung der Nummer und Kurzbezeichnung der Skalen und (entsprechend der Fragebogenfassung) der Items, des Mittelwertes (M) und der Standardabweichung (s) sowie des korrigierten Trennschärfe-Wertes (r_{it}) pro Item, des CRONBACH-Alpha-Wertes zur Schätzung der inneren Konsistenz bei Eliminierung des jeweiligen Items (Alpha It.el.), des CRONBACH-Alpha-Wertes (Alpha) pro Skala und desselben in standardisierter Form (Alpha stand.), basierend auf (an den einzelnen Erhebungsterminen) vollständig vorliegenden Daten von N= 168LVA-Kurpatienten, hier zu Beginn ihrer Kur (T1).

Skala / Items	M	s	r_{it}	Alpha stand. / Alpha It.el.
223 KKB1-1 Seel.psychosoz.Probl., Ps.-Th.			.84	.85
I.2. Belastungen durch familiäre Verhältn.	1.71	.83	.69	.81
I.3. Ängste, nicht überwindbar	1.88	.98	.47	.84
I.7. Schwierigkeiten im sexuellen Bereich	1.47	.68	.43	.84
I.8. innere Hemmungen	1.85	.92	.68	.81
I.10. falsche Erziehung	1.52	.79	.40	.85
II.6. Zusammenh.seelische u.körperl.Besch.	2.35	1.11	.60	.83
II.9. Hilfe, mehr Selbstvertrauen zu gewinnen	2.03	.97	.75	.80
II.10. Möglichk.z.angenehm.Gest.fam.Situation	1.54	.79	.65	.82
224 KKB2-1 Streß u. Schon.			.54	.55
I.1. Allgemeine Erschöpfung	2.62	.85	.58	.23
I.5. Allgemeine Hetze des heutigen Lebens	2.94	.90	.32	.47
I.11. Allgemeine Kreislaufschwäche	2.45	.94	.11	.64
II.5. dafür sorgen, daß Sie sich erholen	3.09	.85	.35	.44

Fortsetzung Tabelle 18:

Skala / Items	M	s	r_{it}	Alpha stand. / Alpha It.el.
225 KKB3-1 Körperleid.u.Org.-Med.			.31	.31
I.12. versteckte körperliche Krankheit	1.89	.95	.25	.16
II.1. eigentliche körperliche Ursache finden	2.94	.98	.12	.30
II.4. straffen Behandlungsplan ausarbeiten	2.24	.94	.19	.23
II.7. Arbeitsunfähigkeit bescheinigen	1.13	.47	.10	.30
II.8. Chefarzt zur Behandlung hinzuziehen	2.00	.93	.09	.32
226 KKB4-1 Bel.unbefr.Arb.-Sit., H.z.Zufr.			.55	.56
I.4. Überlastung in Arbeit	2.54	.93	.27	.59
I.9. Unzufriedenheit im Beruf	1.68	.76	.38	.43
II.3. zu befriedig.Arbeitssituation verh.	1.73	.91	.44	.31

Tab. 19: Itemanalyse zu dem Fragebogen Hypochondrie und Gesundheitsverhalten HG auf der Grundlage faktorenanalytisch ermittelter Skalenbildungen. Darstellung der Nummer und Kurzbezeichnung der Skalen und (entsprechend der Fragebogenfassung) der Items, des Mittelwertes (M), der Standardabweichung (s) und des korrigierten Trennschärfe-Wertes (r_{it}) pro Item, des CRONBACH-Alpha-Wertes zur Schätzung der inneren Konsistenz pro Skala bei Eliminierung des jeweiligen Items (Alpha It.el.), des CRONBACH-Alpha-Wertes pro Skala (Alpha) und desselben in standardisierter Form (Alpha stand.), basierend auf itemspezifisch (an den einzelnen Erhebungsterminen) vollständig vorliegenden Daten von N=172 LVA-Kurpatienten, hier zu Beginn der Kur (T1).

Skala / Items	M	s	r_{it}	Alpha stand. / Alpha It.el.
235 HG1-1 Mißtr.geg.Ärzte u. Therap.			.77	.77
4. Zweifel, ob Hausarzt Beschw.-Urs.erkennt	1.53	.50	.58	.73
5. bei ärztl.Unters.Gefühl,oberflächl.beh.	1.47	.50	.66	.64
6. Zweifel, ob beste Behandlung	1.46	.50	.59	.71
236 HG2-1 Risikovermeid.			.40	.39
1. zur Krankheitsvorbeugung gesunde Ernähr.	1.14	.34	.24	.30
2. auf Speisen ohne Konservierungsmitt.acht.	1.42	.49	.35	.06
3. vermeiden, ungewaschenes Obst zu essen	1.07	.25	.17	.41
237 HG3-1 Beacht.v.Krankh.anz.			.57	.57
10. Niesen od. Kratzen veranl.Vorbeugung	1.67	.46	.33	.55
11. belegte Zunge u.Mattigkeit ernst nehm.	1.48	.50	.45	.36
12. Mattigkeit und Frösteln nicht leicht nehm.	1.37	.49	.37	.50
238 HG4-1 Mißtr.geg.eig.Körp.			.44	.45
7. einer Tageswanderung nicht gewachsen	1.82	.37	.35	.23
8. gehäufte Anstrengung erschöpfend	1.58	.49	.32	.25
9. plötzlicher Klimawechsel schädigend	1.73	.44	.16	.53

Tab. 20: Itemanalyse zu dem Fragebogen Adjektiv-Skalen zur Einschätzung der Stimmung SES. Darstellung der Nummer und Kurzbezeichnung der Skalen und (entsprechend der Fragebogenfassung) der Items, des Mittelwertes (M) und der Standardabweichung (s) sowie des korrigierten Trennschärfe-Wertes (r_{it}) pro Item, des CRONBACH-Alpha-Wertes zur Schätzung der inneren Konsistenz pro Skala bei Eliminierung des jeweiligen Items (Alpha It.el.), des CRONBACH-Alpha-Wertes pro Skala (Alpha) und desselben in standardisierter Form (Alpha stand.), basierend auf itemspezifisch (an den einzelnen Erhebungsterminen) vollständig vorliegenden Daten von N=174 LVA-Kurpatienten, hier zu Beginn ihrer Kur (T1).

Skala / Items	M	s	r_{it}	Alpha stand. / Alpha It.el.
274 SES1-1 Geh.St.			.45	.54
1. lustig	1.01	.58	.35	.34
9. beschwingt	1.51	.82	.34	.27
15. heiter	2.24	1.36	.26	.55
275 SES2-1 Mißst.			.51	.53
2. schlecht gelaunt	1.25	.74	.35	.38
10. ärgerlich	1.52	.74	.42	.27
16. gereizt	1.26	.90	.24	.59
276 SES3-1 Akt.			.55	.64
3. aktiv	.98	.48	.42	.49
6. tatkräftig	1.27	.81	.46	.32
21. wach	1.89	1.30	.39	.57
277 SES4-1 Gedr.St.			.52	.54
4. traurig	1.40	.73	.41	.29
11. enttäuscht	1.34	.74	.43	.26
17. ratlos	1.15	.85	.19	.67
278 SES5-1 Trägh.			.53	.62
5. träge	1.25	.69	.43	.37
12. faul	1.24	.69	.43	.37
18. gleichgültig	2.02	1.38	.34	.66
279 SES6-1 Müd.			.46	.49
7. abgehetzt	1.61	.79	.37	.28
13. erschöpft	2.29	1.12	.32	.29
19. erholungsbedürftig	1.56	1.19	.21	.53
280 SES7-1 Ausg.St.			.54	.56
8. gesammelt	1.41	.77	.32	.50
14. beherrscht	1.18	.83	.38	.41
20. ausgeglichen	1.99	1.37	.43	.33

Tab. 21: Itemanalyse zu dem Fragebogen zur Erfassung subjektiver psychosozialer Belastungen im Zusammenhang mit Ehe, Familie und Beruf BFB auf der Grundlage faktorenanalytisch ermittelter Skalenbildungen. Darstellung der Nummer und Kurzbezeichnung der Skalen und (entsprechend der Fragebogenfassung) der Items, des Mittelwertes (M) und der Standardabweichung (s) sowie des korrigierten Trennschärfe-Wertes (r_{it}) pro Item, des CRONBACH-Alpha-Wertes zur Schätzung der inneren Konsistenz pro Skala bei Eliminierung des jeweiligen Items (Alpha It.el.), des CRONBACH-Alpha-Wertes pro Skala (Alpha) und desselben in standardisierter Form (Alpha stand.), basierend auf itemspezifisch vollständig vorliegenden Daten von N=113 LVA-Kurpatienten zu Beginn ihrer Kur (T1; d.h. auch mit vollständigen Angaben für BFB4).

Skala / Items (bei Negativpolung "n")	M	s	r_{it}	Alpha stand. / Alpha It.el.
295 BFB1-1 Bel.i.Z.m.Ehe			.75	.78
15. denke, viele Ehen harmonischer als eigene	1.71	.82	.59	.69
16. Ehe bringt mehr seelische Belastung mit	1.85	.82	.67	.67
17.n glaube, mein Ehepartner mit Ehe zufrieden	1.76	.70	.49	.72
18. wünsche mir, Ehepartner würde mich versteh.	1.91	.79	.62	.69
19. wünsche mir vom Ehepartner mehr Schonung	1.50	.79	.58	.70
20. Ehepartner hört nicht richtig zu bei Probl.	2.05	1.10	.18	.83
296 BFB2-1 Überford.Arb.			.71	.72
4. arbeite unter Zeitdruck	2.64	1.04	.54	.65
5. bei Arbeit schwer überwindliche Probleme	2.18	1.01	.40	.69
6. denke, daß ich mir in Arbeit zuviel zumute	2.00	1.00	.56	.64
7. abends erschöpft	2.67	.83	.64	.63
8. Gefühl, Anforderungen wachsen über Kopf	2.11	.91	.51	.66
9. wäre im Beruf gerne weiter gekommen	2.18	.99	.11	.77
297 BFB3-1 Unzufr.Arb.,Koll.,Bez.			.74	.72
1.n Arbeit macht im allgemeinen Spaß	1.89	.79	.52	.68
2. langweile mich bei Arbeit	1.28	.61	.22	.77
3. würde Beruf wechseln	1.62	.99	.62	.64
10.n mit Verhältnis zu Kollegen zufrieden	1.85	.80	.60	.65
11.n mit Bezahlung zufrieden	2.10	.79	.54	.67
298 BFB4-1 Bel.i.Z.m.Kl.			.80	.81
12. Auseinandersetzungen mit Kindern	1.73	.64	.67	.73
13. Auseinandersetz.m.Ehepartn.weg.Kindern	1.83	.68	.66	.72
14. wünsche, Kinder würden mich verstehen	1.77	.84	.65	.74

Tab. 22: Itemanalyse zu dem Fragebogen zur Einschätzung der Patienten durch den Gruppenarzt und die Gruppenbetreuerin (Arzt-und Betreuerin-Rating) auf der Grundlage faktorenanalytisch ermittelter Skalenbildungen. Darstellung der Nummer und Kurzbezeichnung der Skalen und (entsprechend der Fragebogenfassung) der Items, des Mittelwertes (M) und der Standardabweichung (s) sowie des korrigierten Trennschärfe-Wertes (r_{it}) pro Item, des CRONBACH-Alpha-Wertes zur Schätzung der inneren Konsistenz bei Eliminierung des jeweiligen Items (Alpha It.el.), des CRONBACH-Alpha-Wertes pro Skala (Alpha) und desselben in standardisierter Form (Alpha stand.), basierend auf den itemspezifisch (an den einzelnen Erhebungsterminen) vollständig vorliegenden Daten von N=175 LVA-Kurpatienten, hier zu Beginn ihrer Kur (T1).

Skala / Items (bei Negativpolung "n")	M	s	r_{it}	Alpha stand. / Alpha It.el.
307 Pos.Kurerf.günst.Prog.Arzt (Arztr.1)			.94	.94
I.1. Veränderung des körperl.Allgemeinzustandes	3.92	.99	.85	.93
I.2. Veränderung in spezieller Symptomatik	3.95	.98	.88	.93
I.3. subjektive Beschwerden vermehrt/verringert	3.91	1.12	.80	.93
I.4. Gesundheitsverhalten bisher	2.85	1.03	.52	.95
I.5. Gesundheitsverhalten im nächsten Halbjahr	3.59	1.07	.82	.93
I.7. Beschwerden werden sich verschl./verbess.	3.55	.96	.78	.92
I.8. bemühte sich um positiven Kurerfolg	3.90	1.02	.90	.93
I.10. alles in allem Kurerfolg	3.76	1.06	.86	.93
308 Ps.ger.Auff.u.pos.Kurerf.Betr. (Betr.r.)			.36	.34
II.1. körperl.Leistungsfähigk.verschl./verbess.	3.76	.91	.53	.01
II.2. bemühte sich um positiven Kurerfolg	3.67	1.04	.51	.01
II.3.n wirkt seelisch belastet	2.85	1.13	.03	.44
II.4.n gibt sich kränker als er ist	3.57	1.06	.23	.26
II.5. alles in allem Kurerfolg	2.25	.87	.27	.58
309 Psychosom.Gest.Arzt (Arztr.2)			.67	.68
I.6. an Beschwerden psychosomatische Faktoren	2.51	1.16	.52	.00
I.9. neigt zur übertriebenen Klagsamkeit	3.76	.94	.52	.00

Tab. 23: Antwortverteilungen und Gruppenunterschiede (Chi-Quadrat) in verschiedenen, besonders nach Gesichtspunkten der qualitativen oder dichotomen Stufung, der nicht hinreichend gegebenen Normalverteilung oder/und der geringen Besetzungshäufigkeit ausgewählten Variablen der LVA-Kurpatienten-Stichprobe. Pro Variable Darstellung der Skalen bzw. Polung, der absoluten und relativen Häufigkeiten der Untergruppen sowie der p-Werte zum Chi-Quadrat

Tab. 23a: Antwortverteilungen und Gruppenunterschiede (Chi-Quadrat) in ausgewählten Variablen des Anamnestischen Erhebungsbogens bei den Gruppeneinteilungsfaktoren des Geschlechts für die gesamte LVA-Kurpatienten-Stichprobe sowie der Altersgruppe (von 30-40 und 41-50 Jahren) jeweils für die gesamte, die männliche und weibliche LVA-Kurpatienten-Stichprobe (im Falle sehr kleiner N Fisher's exakter Test, als (F) unterhalb von p angegeben, und zwar für alle weiteren Untertabellen von 23)

Nr.	Variable	Skalen/ Polung	Aufteilung nach Geschlecht für gesamte Stichprobe der LVA-Kurpatienten: absolute Häufigkeiten Mä	Fr	relative Häufigkeiten Mä	Fr	Chi-Quadrat p	Aufteilung nach Altersgruppe für gesamte Stichprobe der LVA-Kurpatienten: absolute Häufigkeiten 30-40 J	41-50 J	relative Häufigkeiten 30-40 J	41-50 J	Chi-Quadrat p	Aufteilung nach Altersgruppe für männliche Stichprobe der LVA-Kurpatienten: absolute Häufigkeiten 30-40 J	41-50 J	relative Häufigkeiten 30-40 J	41-50 J	Chi-Quadrat p	Aufteilung nach Altersgruppe für weibliche Stichprobe der LVA-Kurpatienten: absolute Häufigkeiten 30-40 J	41-50 J	relative Häufigkeiten 30-40 J	41-50 J	Chi-Quadrat p
Anamnestischer Erhebungsbogen, Kuranfang T1																						
2	Alt.-Gr.	1 = 30-40 J.	69	14	53.0	73.6	.[illegible]4	103	0	100.0	.0	.000	69	0	100.0	.0	.000	34	0	100.0	.0	.000
		2 = 41-50 J.	62	15	47.0	26.4		0	77	.0	100.0		0	62	.0	100.0		0	15	.0	100.0	
3	Geschl.	1 = männl.	131	0	100.0	.0	.000	69	62	61.6	80.6	.064	69	62								
		2 = weibl.	0	49	.0	100.0		34	15	38.4	19.4							34	15			
4	Wohno.	1 = Dorf	62	21	48.1	43.8	.653	47	36	46.1	48.0	.966	32	30	46.4	50.0	.568	15	6	45.5	40.0	.143
		2 = Kleinst.	38	13	29.5	27.1		30	21	29.4	28.0		19	19	27.5	31.7		11	2	33.3	13.3	
		3 = Großst.	29	14	22.5	29.2		25	18	24.5	24.0		18	11	26.1	18.3		7	7	21.2	46.7	
5	Fam.-St.	1 = alleinst.	17	11	13.0	22.3	.183	19	9	18.4	11.7	.303	12	5	17.4	8.1	.185	7	4	20.6	26.7	.921
		2 = verheir.	114	38	87.0	77.6		84	68	81.6	88.3		57	57	82.6	91.9		27	11	79.4	73.3	
6	Ehep. ber.-tät.	1 = ja	53	33	46.9	91.7	.000	56	30	67.5	45.5	.011	32	21	55.2	38.2	.105	24	9	96.0	81.8	.445
		2 = nein	60	7	53.1	8.3		27	36	32.5	54.5		26	34	44.8	61.8		1	2	4.0	18.2	
7	Z. d. Ki.	Anzahl = 0	22	7	16.9	15.2	.678	23	6	23.0	7.9	.007	18	4	26.1	6.6	.002	5	2	16.1	13.3	.943
		= 1	77	25	59.2	54.3		58	44	58.0	57.9		41	36	59.0	59.0		17	8	54.8	53.3	
		≥ 2	31	14	23.8	30.4		19	26	19.0	34.2		10	21	14.5	34.4		9	5	29.0	33.3	
8	Netto-verd.	1 = bis DM 500,--	2	10	1.6	23.3	.000	10	2	10.3	2.8	.131	2	0	2.9	.0	.695	8	2	27.6	14.3	.178
		2 = bis DM 1000,--	7	22	5.6	51.2		20	9	20.6	12.5		4	3	5.9	5.2		16	6	55.2	42.9	
		3 = bis DM 1500,--	58	10	46.0	23.3		33	35	34.0	48.6		29	29	42.6	50.0		4	6	13.8	42.9	
		4 = bis DM 2000,--	46	0	36.5	.0		26	20	26.8	27.8		26	20	38.2	34.5		0	0	.0	.0	
		5 = bis DM 3000,--	13	1	10.3	.0		8	6	8.2	8.3		7	6	10.3	10.3		1	0	3.4	.0	
9	Volks-schule	1 = mit Abschl.	114	41	88.4	85.4	.784	87	68	86.1	89.5	.663	60	54	88.2	88.5	.823	27	14	81.8	93.3	.544
		2 = ohne Abschl.	15	7	11.6	14.6		14	8	13.9	10.5		8	7	11.8	11.5		6	1	18.2	6.7	
15	Abg. Ber. Ausb.	1 = ja	98	13	75.4	27.1	.000	67	44	65.7	57.9	.365	56	42	81.2	68.9	.155	11	2	33.3	13.3	.274
		2 = nein	32	35	24.6	72.9		35	32	34.3	42.1		13	19	18.8	31.1		22	13	66.7	86.7	
16	Ber.-Tät. (später Aufteil. nur nach 1; 2; 3-8=6 Berufl. Höherg.; 9-12)	1 = Einf. Arb.	47	38	36.2	79.2	.000	49	36	48.0	47.4	.338	23	24	33.3	39.3	.517	26	12	78.8	80.0	.924
		2 = Spez.-u. Facharb.	61	4	46.9	8.3		35	30	34.3	39.5		32	29	46.4	47.5		3	1	9.1	6.7	
		3 = Vorarb.	5	2	3.8	4.2		4	3	3.9	3.9		14	8	20.3	13.1		1	1	3.0	6.7	
		4 = Meist.	4	0	3.1	.0		2	2	2.0	2.6											
		5 = Beamt., Angest.	7	0	5.4	.0		3	4	2.9	5.3											
		6 = Höh. Beamt., leit. Angest.	1	0	.8	.0		1	0	1.0	.0											
		8 = Selbst.	5	0	3.8	.0		5	0	4.9	.0											
		9 = Hausfrau	0	3	.0	6.3		3	0	2.9	.0							3	1	9.1	6.7	
		12 = o. Ber.	0	1	.0	2.1		0	1	.0	1.3											
17	Z. bish. Arb.-Pl.	Anzahl 1 - 3	68	30	52.3	54.6	.880	62	37	60.8	48.6	.150	36	32	52.1	52.5	.988	26	5	78.8	33.3	.012
		4 - 20	62	18	47.7	45.4		40	39	39.2	51.4		33	29	47.9	47.5		7	10	21.2	66.7	
18	Arb. z. schwer	1 = ja	46	16	40.0	37.2	.891	36	26	39.6	32.8	.945	24	22	38.7	41.5	.909	12	4	41.4	28.6	.633
		2 = nein	69	17	60.0	62.8		25	41	60.4	61.2		38	31	61.3	58.5		17	10	58.6	71.4	
19	Arb. nicht befried.	1 = ja	57	17	49.6	39.5	.344	34	40	37.4	59.7	.009	24	33	38.7	62.3	.020	10	7	34.5	50.0	.520
		2 = nein	58	26	50.4	60.5		57	27	62.6	40.3		38	20	61.3	37.7		19	7	65.5	50.0	
20	nicht gen. verd.	1 = ja	89	16	79.5	38.1	.000	62	43	68.1	68.3	.873	51	38	82.3	76.0	.562	11	5	37.9	38.5	.756
		2 = nein	23	26	20.5	61.9		29	20	31.9	31.7		11	12	17.7	24.0		18	8	62.1	61.5	
21	entlass.	1 = ja	40	10	36.7	24.4	.218	25	25	28.4	40.3	.178	22	18	36.1	37.5	.963	3	7	11.1	50.0	.018
		2 = nein	69	31	63.3	75.6		63	37	71.6	59.7		39	30	63.9	62.5		24	7	88.9	50.0	
22	Ber.-Tät. vor Kur	1 = ja	119	37	91.5	77.1	.019	89	67	87.3	88.2	.961	63	56	91.3	91.8	.830	26	11	78.8	73.3	.963
		2 = nein	11	11	8.5	22.9		13	9	12.7	11.8		6	5	8.7	8.2		7	4	21.2	26.7	

Fortsetzung Tabelle 23a:

Nr.	Variable	Skalen/ Polung	Gesamte Stichprobe der LVA-Kurpatienten Mä	Fr	Mä	Fr	p	Gesamte Stichprobe der LVA-Kurpatienten 30-40 J	41-50 J	30-40 J	41-50 J	p	Männliche Stichprobe der LVA-Kurpatienten 30-40 J	41-50 J	30-40 J	41-50 J	p	Weibliche Stichprobe der LVA-Kurpatienten 30-40 J	41-50 J	30-40 J	41-50 J	p
23	Krankm. vor Kur	1 = ja	5	5	50.0	62.5	.479	5	5	56.6	56.6	1.000	2	3	40.0	60.0	.500	3	2	75.0	50.0	.500
		2 = nein	5	3	50.0	37.5	(F)	4	4	44.4	44.4	(F)	3	2	60.0	40.0	(F)	1	2	25.0	50.0	(F)
24	Dauer	Anzahl 3-10 Wochen	4	2	80.0	50.0	.323	3	3	75.0	60.0	.550	2	2	100.0	66.7	.400	1	1	50.0	50.0	1.000
			1	2	20.0	50.0		1	2	25.0	40.0	(F)	0	1	.0	33.3	(F)	1	1	50.0	50.0	(F)
25	Arb. l. vor Kur	1 = ja	6	5	4.6	10.2	.293	6	5	5.8	6.5	.897	4	2	66.7	66.7	1.000	2	3	50.0	75.0	.500
		2 = nein	125	44	95,4	89.8		97	72	94.2	93.5		2	1	33.3	33.3	(F)	2	1	50.0	25.0	(F)
26	Dauer Arb. l.	1-6 Wochen	6	2	100.0	33.4	.213	4	1	57.1	20.0	.355	3	1	75.0	50.0	.306	1	0	33.3	.0	.261
		7-52 Wochen	0	4	.0	66.6	(F)	3	5	42.9	80.0	(F)	1	1	25.0	50.0	(F)	2	3	66.7	100.0	(F)
27	Ber.-Beanspr.	1 = geist.	11	1	8.5	2.4	.000	8	4	8.3	5.3	.479	7	4	10.1	6.6	.713	1	0	3.7	.0	.592
		2 = körp.	48	34	36.9	81.0		48	34	50.0	44.7		26	22	37.7	36.1		22	12	81.5	80.0	
		3 = beides	71	7	54.6	16.7		40	38	41.7	50.0		36	35	52.2	57.1		4	3	14.8	20.0	
28	Ber. Körp. h.	1 = sitzend	37	20	28.9	43.5	.024	32	25	32.7	32.9	.997	18	19	26.9	31.1	.576	14	6	45.2	40.0	.592
		2 = stehend	69	14	53.9	30.4		47	36	48.0	47.4		39	30	58.2	49.2		8	6	25.8	40.0	
		3 = laufend	22	12	17.2	26.1		19	15	19.4	19.7		10	12	14.9	19.7		9	3	29.0	20.0	
20	Arb.-Zt.	1 = stundenw.	1	2	.8	4.5	.000	1	2	1.0	2.7	.707	0	1	.0	1.7	.481	1	1	3.3	7.1	.250
		2 = halbtags	1	5	.8	11.4		4	2	4.0	2.7		0	1	.0	1.7		4	1	13.3	7.1	
		3 = 8 St./T.	80	31	62.5	70.5		62	49	62.6	67.1		43	37	62.3	62.7		19	12	63.3	85.7	
		4 = üb. 8 St./T.	46	6	35.9	13.6		32	20	32.3	27.4		26	20	37.7	33.9		6	0	20.0	.0	
30	Schicht	1 = ja	26	8	20.0	17.8	.915	25	9	25.3	11.8	.042	19	7	27.5	11.5	.039	6	2	20.0	13.3	.890
		2 = nein	104	37	80.0	82.8		74	67	74.7	88.2		50	54	72.5	88.5		24	13	80.0	86.7	
31	Art d. Schicht	1 = Frühsch.	3	1	12.0	12.5	.001	3	1	12.5	11.1	.969	3	0	16.7	.0	.626	0	1	.0	50.0	.261
		2 = Spätsch.	4	2	16.0	25.0		5	1	20.8	11.1		3	1	16.7	14.3		2	0	33.3	.0	
		3 = Nachtsch.	0	4	.0	50.0		3	1	12.5	11.1		0	0	.0	.0		3	1	50.0	50.0	
		4 = Früh- u. Spätsch.	2	1	8.0	12.5		2	1	8.3	11.1		1	1	5.6	14.3		1	0	16.7	.0	
		5 = Früh-, Spät-u. Nachtsch.	16	0	64.0	.0		11	5	45.8	55.6		11	5	61.1	71.4		0	0	.0	.0	
32	Körp. äuß. Bel.	1 = ja	104	35	80.6	72.9	.366	77	62	75.5	82.7	.335	52	52	75.4	86.7	.162	25	10	75.8	66.7	.759
		2 = nein	25	13	19.4	27.1		25	13	24.5	17.3		17	8	24.6	13.3		8	5	24.2	33.3	
33	Neb.-Tät.	1 = ja	33	10	25.4	21.3	.716	27	16	26.7	21.1	.487	20	13	29.0	21.3	.423	7	3	21.9	20.0	.813
		2 = nein	97	37	74.6	78.7		74	60	73.3	78.9		49	48	71.0	78.7		25	12	78.1	80.0	
34	Z. d. z. Erhol. gen. Uri.-T.	Anzahl 0-7	30	10	23.1	23.7	.281	19	21	19.3	28.0	.550	12	18	17.2	29.5	.519	7	3	24.0	21.4	.294
		Tage 8-14	41	16	31.6	37.3		36	21	36.9	28.2		21	20	30.4	34.8		15	1	51.6	7.1	
		15-21	27	4	20.0	9.3		19	12	19.3	16.4		17	8	24.6	13.1		2	2	6.9	14.3	
		22-28	18	5	14.0	11.7		12	11	12.1	14.7		11	7	16.7	11.5		1	4	3.4	28.6	
		29-35	10	8	7.6	18.6		10	8	10.2	10.7		6	4	8.6	6.6		4	4	13.8	28.6	
		36-42	4	0	3.1	.0		2	2	2.0	2.6		2	2	2.9	3.2		0	0	.0	.0	
35	Abs. Rent.-Antr.	1 = ja	3	2	2.3	4.2	.449	3	2	2.9	2.6	.773	2	1	2.9	1.6	.599	1	1	3.0	6.7	.676
		2 = nein	119	45	91.5	93.8		95	69	93.1	90.8		64	55	92.8	90.2		31	24	93.9	93.3	
		3 = unentschieden	8	1	6.2	2.1		4	5	3.9	6.6		3	5	4.3	8.2		1	0	3.0	.0	
36	Häufigk. d. Krankm. l. 2 J.	Anzahl 0	19	6	14.6	12.5	.615	16	9	15.7	11.8	.535	11	8	15.9	13.1	.520	5	1	15.2	6.7	.321
		1	37	15	28.5	31.3		29	23	28.4	30.3		18	19	26.1	31.1		11	4	33.3	26.7	
		2	34	12	26.2	25.0		27	19	26.5	25.0		17	17	24.6	27.9		10	2	30.3	13.3	
		3	19	4	14.6	8.3		14	9	13.7	11.8		12	7	17.4	11.5		2	2	6.1	13.3	
		4	12	8	9.2	16.7		9	11	8.8	14.5		6	6	8.7	9.8		3	5	9.1	33.3	
		5	5	2	3.8	4.2		2	5	2.0	6.6		1	4	1.4	6.6		1	1	3.0	6.7	
		6	2	0	1.5	.0		2	0	2.0	.0		2	0	2.9	.0		0	0	.0	.0	
		7	0	0	.0	.0		0	0	.0	.0		0	0	.0	.0		0	0	.0	.0	
		8	1	0	.8	.0		1	0	1.0	.0		1	0	1.4	.0		0	0	.0	.0	
		10	0	1	.0	2.1		1	0	1.0	.0		0	0	.0	.0		1	0	3.0	.0	
37	Dauer d. Krankm. l. 2 J.	Anzahl 0-3	59	16	45.4	33.5	.343	46	29	45.2	38.1	.581	32	27	46.3	44.2	.460	14	2	41.5	13.3	.395
		Wochen 4-7	33	11	25.4	23.0		28	16	27.5	21.4		21	12	30.4	19.6		7	4	20.8	26.6	
		8-11	17	8	13.3	16.8		7	14	6.9	18.4		5	12	7.2	19.6		6	2	18.2	13.3	
		12-15	13	5	10.3	10.5		9	9	8.9	11.9		6	7	8.7	11.5		3	2	9.1	13.3	
		16-19	3	2	2.4	4.2		3	2	2.9	2.6		1	2	1.4	3.2		2	0	6.1	.0	
		20-23	2	4	1.5	8.4		3	3	2.9	3.9		2	0	2.8	.0		1	3	3.0	20.0	
		24-27	1	0	.8	.0		0	1	.0	1.0		0	1	.0	1.6		0	0	.0	.0	
		28-31	1	0	.8	.0		1	0	1.0	.0		1	0	1.4	.0		0	0	.0	.0	
		32-35	1	0	.8	.0		1	0	1.0	.0		1	0	1.4	.0		0	0	.0	.0	
		38-50	0	2	.0	4.2		0	2	.0	2.6		0	0	.0	.0		0	2	.0	13.3	
38	Volkssch.	1 = mit Abschl.	110	38	88.7	79.2	.169	83	16	83.8	16.2	.453	57	53	86.4	91.4	.551	26	12	78.8	80.0	.773
		2 = ohne Abschl.	14	10	11.3	20.8		65	8	89.0	11.0		9	5	13.6	8.6		7	3	21.2	20.0	
44	Abg. Ber. Ausb. Vater	-1 = ja	74	25	56.9	52.1	.684	58	44	56.9	53.9	.814	41	33	59.4	54.1	.664	17	8	51.5	53.3	.845
		2 = nein	56	23	43.1	47.9		41	35	43.1	46.1		28	28	40.6	45.9		16	7	48.5	46.7	

Fortsetzung Tabelle 23a:

Nr.	Variable	Skalen/ Polung		Gesamte Stichprobe der LVA-Kurpatienten Mä	Fr	Mä	Fr	p	Gesamte Stichprobe der LVA-Kurpatienten 30-40 J	41-50 J	30-40 J	41-50 J	p	Männliche Stichprobe der LVA-Kurpatienten 30-40 J	41-50 J	30-40 J	41-50 J	p	Weibliche Stichprobe der LVA-Kurpatienten 30-40 J	41-50 J	30-40 J	41-50 J	p
45	Z. d. Geschw.	Anzahl	0	17	12	13.2	25.5	.350	17	12	16.7	16.2	.647	8	9	11.6	15.0	.587	9	3	27.3	21.4	.720
			1	30	12	23.3	25.5		28	14	27.5	18.9		19	11	27.4	18.3		9	3	27.3	21.4	
			2	22	3	17.1	6.4		11	14	10.8	18.9		9	13	13.0	21.7		2	1	6.1	7.1	
			3	19	8	14.7	17.0		14	13	13.7	17.6		8	11	11.6	18.3		6	2	18.2	14.3	
			4	14	4	10.9	8.5		12	6	11.8	8.1		10	4	14.5	6.7		2	2	6.1	14.3	
			5	9	1	7.0	2.1		5	5	4.9	6.8		4	5	5.8	8.3		1	0	3.0	.0	
			6	4	3	3.1	6.4		4	3	3.9	4.1		3	1	4.3	1.7		1	2	3.0	14.3	
			7	8	1	6.2	2.1		4	5	3.9	6.8		4	4	5.8	6.7		0	1	.0	7.1	
			8	4	2	3.1	4.3		5	1	4.9	1.4		3	1	4.3	1.7		2	0	6.1	.0	
			9	2	1	1.6	2.1		2	1	2.0	1.4		1	1	1.4	1.7		1	0	3.0	.0	
46	Aufgew. Fam.	1 = ja		120	43	92.3	89.6	.782	92	71	90.2	93.4	.622	62	58	89.9	95.1	.432	30	13	90.9	86.7	.949
		2 = nein		10	5	7.7	10.4		10	5	9.8	6.6		7	3	10.1	4.9		3	2	9.1	13.3	
47	Aufgew. o. Vater	1 = ja		26	18	20.2	38.3	.024	32	12	31.4	16.2	.034	18	8	26.1	13.3	.114	14	4	42.4	28.6	.572
		2 = nein		103	29	79.8	61.7		70	62	68.6	83.8		51	52	73.9	86.7		19	10	67.6	71.4	
48	Aufgew. o. Mutt.	1 = ja		11	5	8.5	10.4	.913	9	7	8.8	9.2	.861	7	4	10.1	6.6	.676	2	3	6.1	20.0	.339
		2 = nein		119	43	91.5	89.6		93	69	91.2	90.8		62	57	89.9	93.4		31	12	93.9	80.0	
49	Unehel.	1 = ja		7	2	5.4	4.3	.940	4	5	4.0	6.7	.645	2	5	2.9	8.3	.332	2	0	6.3	.0	.830
		2 = nein		122	45	94.6	95.7		97	70	96.0	93.3		67	55	97.1	91.7		30	15	93.7	100.0	
50	Aufgew. o. Elt.	1 = ja		7	4	5.5	8.3	.727	7	4	7.0	5.3		4	3	6.0	4.9	.898	3	1	9.1	6.7	.778
		2 = nein		121	44	94.5	91.7		93	72	93.0	94.7	.875	63	58	94.0	95.1		30	14	90.9	93.3	
51	Aufgew. b. Verw.	1 = ja		13	8	10.0	16.7	.336	13	8	12.7	10.5	.827	8	5	11.6	8.2	.725	5	3	15.2	20.0	.988
		2 = nein		117	40	90.0	83.3		89	68	87.3	89.5		61	56	88.4	91.8		28	12	84.8	80.0	
52	Aufgew. Heim	1 = ja		1	4	.8	8.3	.030	4	1	4.0	1.4	.573	1	0	1.5	.0	.943	3	1	9.1	6.7	.778
		2 = nein		126	44	99.2	91.7		97	73	96.0	98.6		67	59	98.5	100.0		30	14	90.9	93.3	
53	Wo auf-gew.	1 = Dorf		87	36	67.4	76.6	.418	67	56	66.3	74.4	.489	44	43	63.8	71.7	.599	23	13	71.9	86.7	.392
		2 = Kleinst.		26	8	20.2	17.0		22	12	21.8	16.0		16	10	23.2	16.7		6	2	18.8	13.3	
		3 = Großst.		16	3	12.4	6.4		12	7	11.9	9.3		9	7	13.0	11.7		3	0	9.4	.0	
54	St. Erhol. / T.	Anzahl St. / T.	0	18	11	14.3	22.9	.187	15	14	15.0	18.9	.328	9	9	13.4	15.3	.100	6	5	18.2	33.3	.020
			1	27	12	21.4	25.0		27	12	27.0	16.2		16	11	23.9	18.6		11	1	33.3	6.7	
			2	32	16	25.4	33.3		28	20	28.0	27.0		16	16	23.9	21.7		12	4	36.4	26.7	
			3	33	5	26.2	10.4		17	21	17.0	28.4		13	20	19.4	33.9		4	1	12.1	6.7	
			4	11	2	8.7	4.2		8	5	8.0	6.8		8	3	11.9	5.1		0	2	.0	13.3	
			5	5	2	4.0	4.2		5	2	7.0	2.7		5	0	7.5	.0		0	2	.0	13.3	
55	Überwieg. Freiz.-Gest.	1 = überwieg. durch körperl.,		94	16	73.4	34.0	.000	61	49	60.4	66.2	.529	52	42	75.4	71.2	.739	9	7	28.1	46.7	.357
		2 = überwieg. d. sonst. Bet.		33	31	26.6	66.0		40	25	39.6	33.8		17	17	24.6	29.8		23	8	71.9	53.3	
56	Erhol.-Gef. n. Wochene.	1 = ja		84	22	65.1	45.8	.031	54	52	52.9	69.3	.041	40	44	58.0	73.0	.100	14	8	42.4	53.3	.696
		2 = nein		45	26	34.9	54.2		48	23	47.1	30.7		29	16	42.0	27.0		19	7	57.6	46.7	
57	Erhol.-Gef. n. Url.	1 = ja		98	31	76.0	64.6	.185	71	58	69.6	77.3	.331	53	45	76.8	75.0	.973	18	13	54.5	86.7	.067
		2 = nein		31	17	24.0	35.4		31	17	30.4	22.7		16	15	23.2	25.0		15	2	45.5	13.3	
59	Morg. aus-geschl.	1 = ja		72	17	55.8	35.4	.025	55	34	53.9	45.3	.328	41	31	59.4	51.7	.478	14	3	42.4	20.0	.238
		2 = nein		57	31	44.2	64.6		47	41	46.1	54.7		28	29	40.6	48.3		19	12	57.6	80.0	
60	Schlafstör.	1 = ja		71	30	54.6	62.5	.440	54	47	52.9	61.8	.302	34	37	49.3	60.7	.260	20	10	60.6	66.7	.936
		2 = nein		59	18	45.4	37.5		48	29	47.1	38.2		35	24	50.7	39.3		13	5	39.4	33.3	
61	Warme Mahlz.	1 = ja		114	47	87.7	97.9	.076	95	66	93.1	86.6	.248	62	52	89.9	85.2	.595	33	14	100.0	93.3	.682
		2 = nein		16	1	12.3	2.1		7	10	6.9	13.4		7	9	10.1	14.8		0	1	.0	6.7	
62	Kaffee-bzw. Teekons. / T.	Anzahl Tassen/ T.	0	32	10	24.6	20.8	.034	23	19	22.5	25.0	.257	15	17	21.7	27.9	.095	8	2	24.2	13.3	.483
			1	27	6	20.8	12.5		25	8	24.5	10.5		21	6	30.4	9.8		4	2	12.1	13.3	
			2	38	15	29.2	31.3		27	26	26.5	34.2		16	22	23.2	36.1		11	4	33.3	26.7	
			3	11	5	8.5	10.4		9	7	8.8	9.2		5	6	7.2	9.8		4	1	12.1	6.7	
			4	8	6	6.2	12.5		8	6	7.8	7.9		5	3	7.2	4.9		3	3	9.1	20.0	
			5	0	4	.0	8.3		3	1	2.9	1.3		0	0	.0	.0		3	1	9.1	6.7	
			6	4	0	3.1	.0		3	1	2.9	1.3		3	1	4.3	1.6		0	0	.0	.0	
			7	3	1	2.3	2.1		2	2	2.0	2.6		2	1	2.9	1.6		0	1	.0	6.7	
			≥ 8	7	1	5.4	2.1		2	6	2.0	7.9		2	5	2.9	8.2		0	1	.0	6.7	
63	Bier-kons. / Wo.	Anzahl 1/Wo.	0	18	25	14.0	53.2	.000	27	16	27.0	21.1	.922	11	7	16.2	11.5	.892	16	9	50.0	60.0	.708
			1	9	6	7.0	12.8		9	6	9.0	7.9		6	3	8.8	4.9		3	3	9.4	20.0	
			2	8	5	6.2	10.6		9	4	9.0	5.3		5	3	7.4	4.9		4	1	12.5	6.7	
			3	8	2	6.2	4.3		5	5	5.0	6.6		3	5	4.4	8.2		2	0	6.3	.0	
			4	13	6	10.1	12.8		9	10	9.0	13.2		5	8	7.4	13.1		4	2	12.5	13.3	
			5	6	0	4.7	.0		3	3	3.0	3.9		3	3	4.4	4.9		0	0	.0	.0	
			6	15	0	11.6	.0		7	8	7.0	10.5		7	8	10.3	13.1		0	0	.0	.0	
			7	15	2	11.6	4.3		10	7	10.0	9.2		8	7	11.8	11.5		2	0	6.3	.0	
			≥ 8	37	1	28.7	2.1		21	17	21.0	22.4		20	17	29.4	27.9		1	0	3.1	.0	

Fortsetzung Tabelle 23a:

Nr.	Variable	Skalen/ Polung		Gesamte Stichprobe der LVA-Kurpatienten Mä	Fr	Mä	Fr	p	Gesamte Stichprobe der LVA-Kurpatienten 30-40 J	41-50 J	30-40 J	41-50 J	p	Männliche Stichprobe der LVA-Kurpatienten 30-40 J	41-50 J	30-40 J	41-50 J	p	Weibliche Stichprobe der LVA-Kurpatienten 30-40 J	41-50 J	30-40 J	41-50 J	p
64	Weinkons. /Wo.	Anzahl 1 /Wo.	0 = 0	65	27	50.0	56.3	.617	51	41	50.0	53.9	.745	34	31	49.3	50.3	.780	17	10	51.5	66.7	.517
			1 = 0.5	32	13	24.6	27.1		26	19	25.5	25.0		16	16	23.2	26.2		10	3	30.3	20.0	
			2 = 1.0	20	5	15.4	10.4		16	9	15.7	11.8		12	8	17.4	13.1		4	1	12.1	6.7	
			3 = 1.5	5	1	3.8	2.1		3	3	2.9	3.9		2	3	2.9	4.9		1	0	3.0	.0	
			4 = 2.0	2	1	1.5	2.1		1	2	1.0	2.6		1	1	1.4	1.6		0	0	.0	.0	
			5 = 2.5	2	0	1.5	.0		2	0	2.0	.0		2	0	2.9	.0		0	0	.0	.0	
			6 = 3.0	0	1	.0	2.1		1	0	1.0	.0		0	0	.0	.0		1	0	3.0	.0	
			7 = 3.5	3	0	2.3	.0		2	1	2.0	1.3		2	1	2.9	1.6		0	0	.0	.0	
			8 ≥ 4.0	1	0	.8	.0		0	1	.0	1.3		0	1	.0	1.6		0	0	.0	.0	
65	Kons. hochproz. Getr. /Wo.	Anzahl Glä-ser/ Wo.	0	93	37	72.1	77.1	.514	73	57	72.3	75.0	.769	50	43	73.5	70.5	.746	23	14	69.7	93.3	.320
			2	23	7	17.8	14.6		16	14	15.8	18.4		10	13	14.7	21.3		6	1	18.2	6.7	
			4	10	3	7.8	6.3		9	4	8.9	5.3		6	4	8.8	6.6		3	0	9.1	.0	
			8	2	0	1.6	.0		1	1	1.0	1.3		1	1	1.5	1.6		0	0	.0	.0	
			12	0	1	.0	2.1		1	0	1.0	.0		0	0	.0	.0		1	0	3.0	.0	
			16	1	0	.8	.0		1	0	1.0	.0		1	0	1.5	.0		0	0	.0	.0	
66	Rauch.	1 = ja		47	11	36.2	22.9	.030	33	25	32.4	32.9	.815	24	23	34.8	37.7	.938	9	2	27.3	13.3	.392
		2 = nicht mehr		28	6	21.5	12.5		18	16	17.6	21.1		15	13	21.7	21.3		3	3	9.1	20.0	
		3 = noch nie		55	31	42.3	64.6		51	35	50.0	46.1		30	25	43.5	41.0		21	10	63.6	66.7	
67	J. Rauch.	Anzahl Jahre	1 - 4	2	1	4.2	9.1	.583	3	0	9.0	.0	.039	2	0	8.4	.0	.122	1	0	11.1	.0	.275
			5 - 8	1	0	2.1	.0		1	0	3.0	.0		1	0	4.2	.0		0	0	.0	.0	
			9 - 12	6	3	12.8	27.3		8	1	24.3	4.0		5	1	20.8	4.3		3	0	33.3	.0	
			13 - 16	5	2	10.7	18.2		7	0	21.2	.0		5	0	20.8	.0		2	0	22.2	.0	
			17 - 20	11	2	23.5	18.2		7	6	21.2	24.0		6	5	25.0	21.7		1	1	11.1	50.0	
			21 - 24	8	3	17.0	27.3		5	6	15.1	24.0		3	5	12.5	21.7		2	1	22.2	50.0	
			25 - 28	7	0	14.9	.0		2	5	6.1	20.0		2	5	8.4	21.7		0	0	.0	.0	
			29 - 32	7	0	14.9	.0		0	7	.0	28.0		0	7	.0	30.3		0	0	.0	.0	
68	Rauch. aufgeh.	Anzahl Jahre	0 - 4	13	1	51.1	16.7	.365	7	7	41.2	44.1	.830	7	6	50.0	46.2	.932	0	1	.0	33.3	.199
			5 - 8	5	2	18.5	33.4		4	3	23.6	18.8		3	2	21.3	15.4		1	1	33.3	33.3	
			9 - 12	3	3	11.1	50.0		4	2	23.6	12.6		2	1	14.2	7.7		2	1	66.7	33.3	
			13 - 16	3	0	11.1	.0		1	2	5.9	12.6		1	2	7.1	15.4		0	0	.0	.0	
			17 - 20	1	0	3.7	.0		1	0	5.9	.0		1	0	7.1	.0		0	0	.0	.0	
			21 - 25	1	0	3.7	.0		0	2	.0	12.6		0	2	.0	15.4		0	0	.0	.0	
69	J. ger.	Anzahl Jahre	1 - 4	3	2	11.5	33.3	.035	5	0	29.5	.0	.254	3	0	21.4	.0	.252	2	0	66.7	.0	.111
			5 - 8	6	1	23.1	16.7		5	2	29.5	13.3		4	2	28.6	18.6		1	0	33.3	.0	
			9 - 12	4	0	15.4	.0		3	1	17.7	6.7		3	1	21.4	8.3		0	0	.0	.0	
			13 - 16	1	1	3.8	16.7		1	1	5.9	6.7		1	0	7.1	.0		0	1	.0	33.3	
			17 - 20	7	2	25.9	33.3		2	7	11.8	46.6		2	5	14.2	41.7		0	2	.0	66.7	
			21 - 24	0	0	.0	.0		0	0	.0	.0		0	0	.0	.0		0	0	.0	.0	
			25 - 28	2	1	7.5	.0		1	2	5.9	13.3		1	2	7.1	16.6		0	0	.0	.0	
			29 - 32	2	0	7.7	.0		0	2	.0	13.3		0	2	.0	16.6		0	0	.0	.0	
70	Zigarett. / T.	Stück/ T.	1 - 10	21	8	30.5	50.0	.094	14	15	28.4	39.4	.446	9	12	23.8	23.7	.335	5	3	45.8	60.0	.629
			11 - 20	26	6	36.6	37.6		17	15	34.7	39.4		11	12	29.1	23.7		4	2	35.4	40.0	
			21 - 30	10	0	14.1	.0		5	5	10.1	13.2		5	5	13.1	15.2		0	0	.0	.0	
			31 - 40	8	0	11.3	.0		7	1	14.3	2.6		7	1	21.2	3.0		0	0	.0	.0	
			41 - 50	5	1	7.0	6.3		4	2	8.2	5.2		3	2	7.9	6.0		1	0	9.1	.0	
			51 - 60	0	0	.0	.0		0	0	.0	.0		0	0	.0	.0		0	0	.0	.0	
			61 - 70	0	2	.0	6.3		2	0	4.1	.0		1	0	2.6	.0		0	0	.0	.0	
71	Schlaftbl. i. l. J.	0 = nie		105	32	80.8	68.1	.144	78	59	77.2	77.6	.587	54	51	78.3	83.6	.610	24	8	75.0	53.8	.351
		1 = etwa 2/Jahr		9	2	6.9	4.3		5	6	5.0	7.9		4	5	5.8	8.2		1	1	3.1	6.7	
		2 = etwa 2/Mon.		5	4	3.8	8.5		4	5	4.0	6.6		3	2	4.3	3.3		1	3	3.1	20.0	
		3 = etwa 2/Wo.		2	3	1.5	6.4		3	2	3.0	2.6		1	1	1.4	1.6		2	1	6.3	6.7	
		4 = fast täglich		9	6	6.9	12.8		11	4	10.9	26.7		7	2	10.1	3.3		4	2	12.5	13.3	
75	Beruh. -tbl. i. l. J.	0 = nie		83	20	63.8	42.6	.115	54	49	53.5	64.5	.476	42	41	60.9	67.2	.883	12	8	37.5	53.3	.570
		1 = etwa 2/Jahr		3	2	2.3	4.3		4	1	4.0	1.3		2	1	2.9	1.6		2	0	6.3	.0	
		2 = etwa 2/Mon.		6	4	4.6	8.5		5	5	5.0	6.6		3	3	4.3	4.9		2	2	6.3	13.3	
		3 = etwa 2/Wo.		9	3	6.9	6.4		8	4	7.9	5.3		6	3	8.7	4.9		2	1	6.3	6.7	
		4 = fast täglich		29	18	22.3	38.3		30	17	29.7	22.4		16	13	23.2	21.3		14	4	43.8	26.7	
76	Schmerztbl. i. l. J.	0 = nie		70	15	53.8	31.9	.024	46	39	45.5	51.3	.709	36	34	52.2	55.7	.893	10	5	31.3	33.3	.389
		1 = etwa 2/Jahr		8	4	6.2	8.5		9	3	8.9	3.9		5	3	7.2	4.9		4	0	12.5	.0	
		2 = etwa 2/Mon.		27	16	20.8	34.0		24	19	23.8	25.0		13	14	18.8	23.0		11	5	34.4	33.3	
		3 = etwa 2/Wo.		15	11	11.5	23.4		16	10	15.8	13.2		9	6	13.0	9.8		7	4	21.9	26.7	
		4 = fast täglich		10	1	7.7	2.1		6	5	5.9	6.6		6	4	8.7	6.6		0	1	.0	6.7	
77	Aufputsch-tbl. i. l. J.	0 = nie		127	44	98.4	95.7	.288	97	74	97.0	98.7	.309	67	60	98.5	98.4	.367	30	14	93.8	100.0	.632
		1 = etwa 2/Jahr		0	1	.0	2.2		1	0	1.0	.0		0	0	.0	.0		1	0	3.1	.0	
		2 = etwa 2/Mon.		1	0	.8	.0		0	1	.0	1.3		0	1	.0	1.6		0	0	.0	.0	
		3 = etwa 2/Wo.		0	0	.0	.0		0	0	.0	.0		0	0	.0	.0		0	0	.0	.0	
		4 = fast täglich		1	1	.8	2.2		2	0	2.0	.0		1	0	1.5	.0		1	0	3.1	.0	

Fortsetzung Tabelle 23a:

Nr.	Variable	Skalen/ Polung	Gesamte Stichprobe der LVA-Kurpatienten Mä	Fr	Mä	Fr	p	Gesamte Stichprobe der LVA-Kurpatienten 30-40 J	41-50 J	30-40 J	41-50 J	p	Männliche Stichprobe der LVA-Kurpatienten 30-40 J	41-50 J	30-40 J	41-50 J	p	Weibliche Stichprobe der LVA-Kurpatienten 30-40 J	41-50 J	30-40 J	41-50 J	p
78	Abführtbl. i. l. J.	0 = nie	105	26	81.4	54.2	.001	79	52	78.2	68.4	.692	58	47	85.3	77.0	.264	21	5	63.6	33.3	.123
		1 = etwa 2/Jahr	8	3	6.2	6.3		5	6	5.0	7.9		4	4	5.9	6.6		1	2	3.0	13.3	
		2 = etwa 2/Mon.	9	6	7.0	12.5		7	8	6.9	10.5		4	5	5.9	8.2		3	3	9.1	20.0	
		3 = etwa 2/Wo.	4	6	3.1	12.5		5	5	5.0	6.6		0	4	.0	6.6		5	1	15.2	6.7	
		4 = fast täglich	3	7	2.3	14.6		5	5	5.0	6.6		2	1	2.9	1.6		3	4	9.1	26.7	
79	Sonst. Medik. i. l. J.	0 = nie	66	25	51.6	54.3	.575	50	41	51.0	53.9	.439	34	32	50.7	52.5	.626	16	9	51.6	60.0	.835
		1 = etwa 2/Jahr	5	1	3.9	2.2		5	1	5.1	1.3		4	1	6.0	1.6		1	0	3.2	.0	
		2 = etwa 2/Mon.	4	1	3.1	2.2		3	2	3.1	2.6		2	2	3.0	3.3		1	0	3.2	.0	
		3 = etwa 2/Wo.	15	2	11.7	4.3		7	10	7.1	13.2		6	9	9.0	14.8		1	1	3.2	6.7	
		4 = fast täglich	38	17	29.7	37.0		33	22	33.7	28.9		21	17	31.3	27.9		12	5	38.7	33.3	
80	Z. bish. Kranken-h.-aufenth.	Anzahl 0	13	6	10.0	12.5	.003	13	6	12.7	7.9	.819	7	6	10.1	9.8	.926	6	0	18.2	.0	.093
		1	38	2	29.2	4.2		19	21	18.6	27.6		19	19	27.5	31.1		0	2	.0	13.3	
		2	31	8	23.8	16.7		22	17	21.6	22.4		16	15	23.3	24.6		6	2	18.2	13.3	
		3	22	9	16.9	18.8		18	13	17.6	17.1		13	9	18.8	14.8		5	4	15.2	26.7	
		4	11	6	8.5	12.5		10	7	9.8	9.2		4	7	5.8	11.5		6	0	18.2	.0	
		5	3	2	2.3	4.2		4	1	3.9	1.3		2	1	2.9	1.6		2	0	6.1	.0	
		6	7	9	5.4	18.8		10	6	9.8	7.9		5	2	7.2	3.3		5	4	15.2	26.7	
		7	3	2	2.3	4.2		3	2	2.9	2.6		2	1	2.9	1.6		1	1	3.0	6.7	
		8	2	3	1.5	6.3		3	2	2.9	2.6		1	1	1.4	1.6		2	1	6.1	6.7	
81	Z. bish. Operat.	Anzahl 0	30	12	23.1	25.0	.670	25	17	24.5	22.4	.268	16	14	23.2	23.0	.588	9	3	27.3	20.0	.259
		1	41	9	35.5	18.8		31	19	30.4	25.0		24	17	34.8	27.9		7	2	21.2	13.3	
		2	30	13	23.1	27.1		25	18	24.5	23.7		15	15	21.7	24.6		10	3	30.3	20.0	
		3	15	6	11.5	12.5		12	9	11.8	11.8		8	7	11.6	11.5		4	2	12.1	13.3	
		4	8	5	6.2	10.4		3	10	2.9	13.2		2	6	2.9	9.8		1	4	3.0	26.7	
		5	1	0	.8	.0		1	0	1.0	.0		1	0	1.4	.0		0	0	.0	.0	
		6	5	3	3.8	6.3		5	3	4.9	3.9		3	2	4.3	3.3		2	1	6.1	6.7	
82	Z. bish. Kur-aufenth.	Anzahl 0	78	28	60.5	58.3	.932	66	40	65.3	52.6	.120	44	34	64.7	55.7	.389	22	6	66.7	40.0	.155
		1-5	51	20	39.5	41.7		35	36	34.7	47.4		24	27	35.3	44.3		11	9	33.3	60.0	
83	Beurt. Leb.-Führ. ges.	1 = ja	84	26	64.6	54.2	.272	57	53	55.9	69.7	.084	41	43	59.4	70.5	.257	16	10	48.5	66.7	.390
		2 = nein	46	22	35.4	45.8		45	23	44.1	30.3		28	18	40.6	29.5		17	5	51.5	33.3	

Tab. 23b: Antwortverteilungen und Gruppenunterschiede (Chi-Quadrat) in ausgewählten Variablen des Katamnestischen Erhebungsbogens, des Psychologischen Interviews, in einzelnen medizinischen Kennwerten sowie in der Kurgruppenzugehörigkeit bei den Gruppeneinteilungsfaktoren des Geschlechts und der Altersgruppe (von 30-40 und 41-50 Jahren) jeweils in bezug auf die gesamte Stichprobe der LVA-Kurpatienten

Nr.	Variable	Skalen/ Polung		Aufteilung nach Geschlecht für gesamte Stichprobe der LVA-Kurpatienten: absolute Häufigkeiten Mä	absolute Häufigkeiten Fr	relative Häufigkeiten Mä	relative Häufigkeiten Fr	Chi-Quadrat p	Aufteilung nach Altersgruppe für gesamte Stichprobe der LVA-Kurpatienten: absolute Häufigkeiten 30-40J	absolute Häufigkeiten 41-50J	relative Häufigkeiten 30-40J	relative Häufigkeiten 41-50J	Chi-Quadrat p
87	Psych. Kurkl. arb,	1=ja		81	28	79.4	87.5	.444	60	49	82.2	80.3	.956
		2=nein		21	4	20.6	12.5		13	12	17.8	19.7	
88	Morg.-gymn. Häufigk.	Anzahl/ Wo.	0	51	20	49.5	62.5	.661	41	30	55.4	49.2	.293
			1-2	19	5	18.4	15.6		12	12	16.2	19.7	
			3-4	13	3	12.6	9.4		9	7	12.2	11.5	
			5-6	10	3	9.7	9.4		4	9	5.4	14.8	
			7	10	1	9.7	3.1		8	3	10.8	4.9	
89	Morg.-gymn. Dauer	Zahl d. Minuten durchschn.	0	51	20	49.5	62.5	.284	41	30	55.4	49.2	.421
			1-5	22	50	21.4	15.6		15	12	20.3	19.7	
			6-10	15	2	14.6	6.3		6	11	8.1	18.0	
			11-20	9	1	8.7	3.1		5	5	6.8	8.2	
			21-60	6	4	5.8	12.5		7	3	9.5	4.9	
90	Wand. Häufigk.	Anzahl/ Wo.	0	19	9	18.4	28.1	.186	20	8	27.0	13.1	.139
			1-2	67	18	65.0	21.2		41	44	55.4	72.1	
			3-4	7	1	6.8	3.1		5	3	6.8	4.9	
			5-6	4	1	3.9	3.1		4	1	5.4	1.6	
			7-11	6	3	5.8	9.3		4	5	5.6	8.2	
91	Wand. Dauer	Zahl d. Minuten durchschn.	0	19	9	18.4	28.1	.029	20	8	27.0	13.1	.237
			1-60	31	16	30.1	50.0		25	22	33.8	36.1	
			61-120	31	3	30.1	9.4		16	18	21.6	29.5	
			121-300	22	4	21.4	12.5		13	13	17.6	21.3	
92	Schwimm. Häufigk.	Anzahl/ Wo.	0	44	17	42.7	53.1	.562	36	25	48.6	41.0	.620
			1	45	12	43.7	37.5		30	27	40.5	44.3	
			2-10	14	3	13.6	9.4		8	9	10.8	14.8	
93	Schwimm. Dauer	Zahl d. Minuten durchschn.	0	44	17	42.7	53.1	.292	36	25	48.6	41.0	.697
			1-30	15	5	14.6	15.6		9	11	12.2	18.0	
			31-60	34	10	33.0	31.3		23	21	31.1	34.4	
			61-180	10	0	9.7	.0		6	4	8.1	6.6	
94	Hautbürst. Häufigk.	Anzahl/ Wo.	0	54	17	52.4	53.1	.772	41	30	55.4	49.2	.055
			1-3	31	11	30.1	34.4		26	16	35.1	26.2	
			4-20	18	4	17.5	12.5		7	15	9.5	24.6	
95	Hautbürst. Dauer	Zahl d. Minuten durchschn.	0	54	17	52.4	53.1	.990	41	30	55.4	49.2	.759
			1-5	31	9	30.1	28.1		20	20	27.0	32.8	
			6-10	11	4	10.7	12.5		9	6	12.2	9.8	
			11-20	7	2	6.8	6.3		4	5	5.4	8.2	
96	Entsp. Häufigk.	Anzahl/ Wo.	0	45	18	43.7	56.3	.324	41	22	55.4	36.1	.235
			1-5	48	11	46.6	34.4		28	31	37.8	50.8	
			6-10	2	0	1.9	.0		1	1	1.4	1.6	
			11	8	3	7.8	9.4		4	7	5.4	11.4	

Fortsetzung Tab. 23b:

Nr.	Variable	Skalen/ Polung		Gesamte Stichprobe der LVA-Kurpatienten: Mä	Fr	Mä	Fr	p	30-40J	41-50J	30-40J	41-50J	p
97	Entsp. Dauer	Zahl d. Minuten durchschn.	0	43	17	41.7	53.1	.718	38	22	51.4	36.1	.183
			1-5	14	4	13.6	12.5		11	7	14.9	11.5	
			6-10	21	5	20.4	15.6		11	15	14.9	24.6	
			11-90	25	6	24.3	18.8		14	17	18.9	27.9	
106	z.Zt. arb.l.	1=ja		2	8	2.2	25.9	.000	8	2	12.7	3.6	.122
		2=nein		86	23	97.8	74.1		55	54	87.3	96.4	
107	n.Kur gl. Arb.-St.	1=ja		82	25	94.3	83.3	.143	55	52	90.2	92.9	.849
		2=nein		5	5	5.7	16.7		6	4	9.8	7.1	
108	n.Kur and. Arb.-Pl.	1=ja		7	2	8.0	6.9	.841	3	6	5.0	10.7	.422
		2=nein		80	27	92.0	93.1		57	50	95.0	89.3	
109	Arb. z. schwer	1=ja		4	3	36.4	30.3	.569	4	3	40.0	27.3	.438
		2=nein		7	7	63.6	69.7		6	8	60.0	72.7	(F)
110	Arb. nicht befried.	1=ja		4	1	40.0	10.0	.152	2	3	22.2	27.3	.604
		2=nein		6	9	60.0	90.0	(F)	7	8	77.8	72.7	(F)
111	nicht gen. verd.	1=ja		3	1	30.0	10.0	.291	2	2	22.2	18.2	.625
		2=nein		7	9	70.0	90.0	(F)	7	9	77.8	81.8	(F)
112	sonst.	1=ja		6	6	60.0	60.0	1.00	6	6	66.7	54.5	.464
		2=nein		4	4	40.0	40.0	(F)	3	5	33.3	45.5	(F)
113	Dauer d.Arb.l.	4-15 Wochen		2	6	66.6	75.0	.388	6	2	75.0	66.6	.388
		15-52 Wochen		1	2	33.3	25.0	(F)	2	1	25,0	33.3	(F)
114	Ber.-Beanspr.	1=geist.		5	0	55.6	.0	.050	1	4	25.0	44.4	.057
		2=körp.		1	3	11.1	75.0	(F)	0	4	.0	44.4	(F)
		3=beides		3	1	33.3	25.0		3	1	75.0	11.1	
115	Ber.-Körperh.	1=sitzend		7	2	77.8	50.0	.354	2	7	50.0	77.8	.353
		2=stehend		2	2	22.2	50.0	(F)	2	2	50.0	22.2	(F)
		3=laufend		0	0	.0	.0		0	0	.0	.0	
116	Arb.-Zt.	1=stundenw.		0	0	.0	.0	.123	0	0	.0	.0	.531
		2=halbtags		0	1	.0	25.0	(F)	0	1	.0	11.1	(F)
		3=8 St./T.		5	3	55.6	75.0		2	6	50.0	66.7	
		4=üb. 8 St./T.		4	0	44.4	.0		2	4	50.0	22.2	
117	Schicht	1=ja		0	1	.0	25.0	.307	0	1	.0	11.1	.692
		2=nein		9	3	100.0	75.0	(F)	4	8	100.0	88.9	(F)
119	Körp., äuß.Bel.	1=ja		1	3	11.1	75.0	.052	1	3	25.0	33.3	.646
		2=nein		8	1	88.9	25.0	(F)	3	6	75.0	66.7	(F)
120	Nettoverd.	1=500 DM		0	1	.0	25.0	.050	0	1	.0	11.1	.269
		2=bis 1000 DM		1	3	11.1	75.0	(F)	0	4	.0	44.4	(F)
		3=bis 1500 DM		4	0	44.4	.0		2	2	50.0	22.2	
		4=bis 2000 DM		1	0	11.1	.0		0	1	.0	11.1	
		5=bis 3000 DM		3	0	33.3	.0		2	1	50.0	11.1	
121	Neb.-Tät.	1=ja		25	9	23.8	28.1	.794	22	12	29.7	19.0	.213
		2=nein		80	23	76.2	71.9		52	51	70.3	81.0	
122	Häufigk. d.Krankm. 1.6 Mon.	Anzahl	0	85	25	81.0	73.5	.459	59	51	77.5	81.0	.561
			1	16	6	15.2	17.6		14	8	18.4	12.7	
			2	4	3	3.8	8.8		3	4	3.9	6.3	

Fortsetzung Tab. 23b:

Nr.	Variable	Skalen/ Polung		Gesamte Stichprobe der LVA-Kurpatienten Mä	Fr	Mä	Fr	p	30-40J	41-50J	30-40J	41-50J	p
123	Dauer d. Krankm. 1.6 Mon.	Anzahl Wochen	0	85	24	81.0	70.6	.244	58	51	76.3	81.0	.906
			1	5	2	4.8	5.6		4	3	5.3	4.8	
			2	9	3	8.6	8.8		7	5	9.2	7.9	
			3	1	2	1.0	5.9		2	1	2.6	1.6	
			4	2	0	1.9	.0		1	1	1.3	1.6	
			6	1	1	1.0	2.9		1	1	1.3	1.6	
			7	1	0	1.0	.0		1	0	1.3	.0	
			12	0	1	.0	2.0		1	0	1.3	.0	
			16	0	1	.0	2.9		0	1	.0	1.6	
			28	1	0	1.0	.0		1	0	1.3	.0	
124	Häufigk. d. Krank.-h.-aufenth. 1.6 Mon.	Anzahl	0	103	30	98.1	88.2	.020	71	62	93.4	98.4	.299
			1	2	2	1.9	5.9		3	1	3.9	1.6	
			2	0	2	.0	5.9		2	0	2.6	.0	
125	Rent.-Antr.	1=ja		0	1	.0	3.1	.527	0	1	.0	1.6	.936
		2=nein		105	31	100.0	96.9		74	62	100.0	98.6	
128	St. Erhol./T.	Anzahl St./T.	0	4	0	3.8	.0	.018	1	3	1.3	4.8	.664
			1	27	19	25.7	55.9		27	9	35.5	30.2	
			2	46	8	43.8	23.5		29	25	38.2	39.7	
			3	14	5	13.3	14.7		9	10	11.8	15.9	
			4	9	1	8.6	2.9		6	4	7.9	6.3	
			5	4	0	3.8	.0		3	1	3.9	1.6	
			6	0	1	.0	2.9		1	0	1.3	.0	
			8	1	0	1.0	.0		0	1	.0	1.6	
129	Überwieg. Freiz.-Gest.	überwieg.											
		1=körp.Bet.		84	22	80.0	64.7	.046	54	52	71.1	82.5	.325
		2=sonst.Bet.		21	12	20.0	35.3		22	11	28.9	17.5	
130	St.körp. Bet./Wo.	1=bis 2 St./Wo.		16	7	15.2	20.6	.410	12	11	15.8	17.5	.645
		2=2-4 St./Wo.		33	12	31.4	35.3		27	18	35.5	28.6	
		3=5-7 St./Wo.		25	10	23.8	29.4		21	14	27.6	22.2	
		4=8-10 St./Wo.		15	1	14.3	2.9		7	9	9.2	14.3	
		5=üb.10 St./Wo.		16	4	15.2	11.8		9	11	11.8	17.5	
131	Kaffee- bzw. Teekons./T.	Anzahl Tassen/T.	0	15	2	14.3	5.9	.495	12	5	15.8	7.9	.583
			1	22	6	21.0	17.6		14	14	18.4	22.2	
			2	33	11	31.4	32.4		20	24	26.3	38.1	
			3	19	7	31.4	20.6		16	10	21.1	15.9	
			4	7	6	6.7	17.6		8	5	10.5	7.9	
			5	3	0	2.9	.0		2	1	2.6	1.6	
			6	5	2	4.8	5.9		3	4	3.9	6.3	
			7	1	0	1.0	.0		1	0	1.3	.0	
			≥8	0	0	.0	.0		0	0	.0	.0	
132	Bier-kons./Wo.	Anzahl 1/Wo.	0	16	19	15.2	55.9	.000	20	15	26.3	23.8	.818
			1	16	8	15.2	23.5		13	11	17.1	17.5	
			2	16	4	15.2	11.8		10	10	13.2	15.9	
			3	15	3	14.3	8.8		10	8	13.2	12.7	
			4	8	0	7.6	.0		4	4	5.3	6.3	
			5	8	0	7.6	.0		4	4	5.3	6.3	
			6	9	0	8.6	.0		6	3	7.9	4.8	
			7	6	0	5.7	.0		5	1	6.6	1.6	
			≥8	11	0	10.5	.0		4	7	5.3	11.1	

Fortsetzung Tab. 23b:

Nr.	Variable	Skalen/ Polung		Gesamte Stichprobe der LVA-Kurpatienten Mä	Fr	Mä	Fr	p	30-40J	41-50J	30-40J	41-50J	p
133	Kons. hoch-proz. Getr./Wo.	Anzahl Gläser/Wo.	0	78	27	75.0	79.4	.905	59	46	78.7	73.0	.697
			1-2	12	3	11.5	8.8		9	6	12.0	9.5	
			3-4	10	3	9.6	8.8		5	8	6.7	12.7	
			5-6	2	0	1.9	.0		1	1	1.3	1.6	
			7-8	2	1	1.9	2.9		1	2	1.3	3.2	
134	Wein-kons./Wo.	0= 0l/Wo.		58	15	55.8	46.9	.058	41	32	56.2	50.8	.188
		1= 0,5l/Wo.		27	14	26.0	43.8		22	19	30.1	30.2	
		2= 1 l/Wo.		16	1	15.4	3.1		10	7	13.7	11.1	
		3= 1,5 l/Wo.		0	1	.0	3.1		0	1	.0	1.6	
		4= 2 l /Wo.		3	1	2.9	3.1		0	4	.0	6.3	
135	Rauch. (wied.) aufgen.	1=ja		3	1	4.1	3.7	.619	4	0	7.4	.0	.164
		2=nein		71	26	95.9	96.3		50	47	92.6	100.0	
136	Rauch. beg. Mon.	Nr. des Monats	6	1	0	33.3	.0	.513	1	0	25.0		
			7	1	1	33.3	100.0		2	0	50.0		
			8	1	0	33.3	.0		1	0	25.0		
137	Rauch. beend.	1=ja		1	1	3.2	14.3	.805	1	1	4.5	6.3	.615
		2=nein		30	6	96.8	85.7		21	15	95.5	93.8	
138	Rauch. beend. Monat	Nr. des Monats	7	0	1	.0	100.0	.500	1	0	100.0	.0	.500
			11	1	0	100.0	.0	(F)	0	1	.0	100.0	(F)
139	Rauchwaren Zigarett./T.	Stück/T.	0-10	14	5	42.5	71.5	.179	11	8	44.0	53.3	.692
			11-20	13	2	39.4	28.6		11	4	44.0	26.7	
			21-30	6	0	18.2	.0		3	3	12.0	20.0	
143	Schlaf-tbl. 1.6 Mon.	0=nie		95	31	90.5	91.2	.855	70	56	92.1	88.9	.878
		1=etwa 2/6 Mon.		0	0	.0	.0		0	0	.0	.0	
		2=etwa 2/Mon.		6	2	5.7	5.8		4	4	5.3	6.3	
		3=etwa 2/Wo.		2	1	1.9	2.9		1	2	1.3	3.2	
		4=fast tägl.		2	0	1.9	.0		1	1	1.3	1.6	
144	Beruh.-tbl. 1.6 Mon	0=nie		82	17	78.1	50.0	.015	54	45	71.1	71.4	.461
		1=etwa 2/6 Mon.		1	0	1.0	.0		0	1	.0	1.6	
		2=etwa 2/Mon.		4	2	3.8	5.9		5	1	6.6	1.6	
		3=etwa 2/Wo.		10	6	9.5	17.6		9	7	11.8	11.1	
		4=fast tägl.		6	9	7.6	26.5		8	9	10.5	14.3	
145	Schmerz-tbl. 1. 6 Mon.	0=nie		62	18	59.0	52.9	.625	42	38	55.3	60.3	.920
		1=etwa 2/6 Mon.		7	1	6.7	2.9		5	3	6.6	4.8	
		2=etwa 2/Mon.		15	4	14.3	11.8		10	9	13.2	14.3	
		3=etwa 2/Wo.		17	9	16.2	26.5		16	10	21.2	15.9	
		4=fast tägl.		4	2	3.8	5.9		3	3	3.9	4.8	
146	Auf-putsch-tbl. 1. 6 Mon.	0=nie		102	31	97.1	91.2	.081	73	60	96.1	95.2	.705
		1=etwa 2/6 Mon.		1	0	1.0	.0		0	1	.0	1.6	
		2=etwa 2/Mon.		2	1	1.9	2.9		2	1	2.6	1.6	
		3=etwa 2/Wo.		0	0	.0	.0		0	0	.0	.0	
		4=fast tägl.		0	2	.0	5.9		1	1	1.3	1.6	
147	Abführ-tbl. 1. 6 Mon.	0=nie		96	25	91.4	73.5	.019	68	53	89.5	84.1	.403
		1=etwa 2/6 Mon.		2	0	1.9	.0		2	0	2.6	.0	
		2=etwa 2/Mon.		1	3	1.0	8.8		1	3	1.3	4.8	
		3=etwa 2/Wo.		3	2	2.9	5.9		2	3	2.6	4.8	
		4=fast tägl.		3	4	2.9	11.8		3	4	3.9	6.3	

Fortsetzung Tab. 23b:

Nr.	Variable	Skalen/ Polung	Gesamte Stichprobe der LVA-Kurpatienten Mä	Fr	Mä	Fr	p	30-40J	41-50J	30-40J	41-50J	p
148	Sonst. Medik. 1.6 Mon.	0=nie	37	19	69.5	55.9	.379	52	40	68.4	63.5	.215
		1=etwa 2/6 Mon.	1	0	1.0	.0		1	0	1.3	.0	
		2=etwa 2/Mon.	4	3	3.8	8.8		5	2	6.6	3.2	
		3=etwa 2/Wo.	11	3	10.5	8.8		9	5	11.8	7.9	
		4=fast tägl.	16	9	15.2	26.5		9	16	11.8	25.5	
149	Haus-arzt aufges. 1. 6 Mon.	Anzahl 0	36	8	34.3	23.5	.010	24	20	31.6	31.7	.012
		1	28	3	26.7	8.8		18	13	23.7	20.6	
		2	19	6	18.1	17.6		18	7	23.7	11.1	
		3	3	6	2.9	17.6		4	5	5.3	7.9	
		4	5	5	4.8	14.7		6	4	7.9	6.3	
		5	3	0	2.9	.0		0	3	.0	4.8	
		6	5	1	4.8	2.9		0	6	.0	9.5	
		7	0	1	.0	2.9		1	0	1.3	.0	
		8	2	1	1.9	2.9		3	0	3.9	.0	
		10	1	1	1.0	2.9		0	2	.0	3.2	
		12	1	1	1.0	2.0		0	2	.0	3.2	
		14	2	0	1.9	.0		2	0	2.6	.0	
		25	0	1	.0	2.9		0	1	.0	1.6	
150	Fach-arzt aufges. 1.6 Mon	Anzahl 0	85	20	81.7	58.8	.049	57	48	76.0	76.2	.233
		1	9	3	8.7	8.8		4	8	5.3	12.7	
		2	6	5	5.8	14.7		7	4	9.3	6.3	
		3	1	2	1.0	5.9		3	0	4.0	.0	
		5	2	1	1.9	2.9		2	1	2.7	1.6	
		10	1	1	1.0	2.9		2	0	2.7	.0	
		14	0	1	.0	2.9		0	1	.0	1.6	
		20	0	1	.0	2.9		0	1	.0	1.6	
151	Psychol. Psy-chiat. Soz.-Arb. aufg es.l. 6 Mon.	Anzahl 0	103	30	99.0	90.9	.041	72	61	97.3	96.8	.399
		1	1	0	1.0	.0		0	1	.0	1.6	
		3	0	1	.0	3.0		0	1	.0	1.6	
		5	0	1	.0	3.0		1	0	1.4	.0	
		10	0	1	.0	3.0		1	0	1.4	.0	
153	Beurt. Leb.-Führ.ges.	1= ja	89	27	84.8	79.4	.642	62	54	81.6	85.7	.671
		2= nein	16	7	15.2	20.6		14	9	18.4	14.3	
154	Er.Fam. unang.	0=nicht vorg.	86	24	81.9	70.5	.010	55	55	73.3	87.3	.246
		1=erfreul.,	3	1	2.8	2.9		2	2	2.7	3.2	
		2 angen.	2	1	1.9	2.9		3	0	4.0	.0	
		3	2	0	1.9	.0		2	0	2.7	.0	
		4 ärgerl.,	2	2	1.9	5.9		3	1	4.0	1.6	
		5=unang.	9	6	8.6	17.9		10	5	13.3	7.9	
155	Er.Fam. bel.	0=nicht vorg.	86	24	81.9	70.5	.012	55	55	72.4	87.3	.110
		1=nicht bel.	4	2	3.8	3.8		6	1	7.9	1.6	
		2	0	0	.0	.0		0	0	.0	.0	
		3	3	0	2.8	.0		1	2	1.3	1.6	
		4	1	2	.9	3.8		1	1	1.3	1.6	
		5=sehr bel.	11	6	10.5	17.9		13	4	17.1	6.3	
156	Er.Ber. unang.	0=nicht vorg.	97	28	93.5	91.6	.882	66	59	86.8	93.7	.592
		1=erfreul.,	0	2	.0	3.8		1	1	1.3	1.6	
		2 angen.	2	0	1.9	.0		1	1	1.3	1.6	
		3	3	2	2.8	3.8		4	1	5.3	1.6	
		4 ärgerl.,	0	0	.0	.0		0	0	.0	.0	
		5=unang.	3	2	2.8	3.8		4	1	5.3	1.6	

Nr.	Variable	Skalen/ Polung	Gesamte Stichprobe der LVA-Kurpatienten Mä	Fr	Mä	Fr	p	30-41J	41-50J	30-40J	41-50J	p
157	Er.Ber. bel.	0=nicht vorg.	97	28	93.5	91.6	.911	66	59	86.8	93.7	.321
		1=nicht bel.	0	1	.0	2.9		0	1	.0	1.6	
		2	1	1	.9	2.9		1	1	1.3	1.6	
		3	3	2	2.8	3.8		4	1	5.3	1.6	
		4	0	0	.0	.0		0	0	.0	.0	
		5=sehr bel.	4	2	3.8	3.8		5	1	6.6	1.6	
(154-163)	Besondere Ereignisse und Veränderungen im halben Jahr nach d. Kur	0=keine Vorkommnisse	47	2	44.3	6.1	.000	42	48	55.3	76.2	.017
		1=Vorkommnisse	59	31	55.7	93.9		34	15	44.7	23.8	
	Psychologisches Interview, Kuranfang T1											
168	Wann Entschl. z.Kur	2-4 Monate	112	41	76.0	89.0	.034	56	40	55.4	53.4	.878
		5-30 Monate	18	5	14.0	11.0		45	35	44.6	46.6	
173	Er.Fam. unang.	0=nicht vorg.	82	23	64.6	51.1	.241	61	44	62.9	58.7	.145
		1=erfreul.,	10	2	7.9	4.4		9	3	9.3	4.0	
		2 angen.	6	2	4.7	4.4		6	2	6.2	2.7	
		3	5	3	3.9	6.7		2	6	2.1	8.0	
		4 ärgerl.,	7	2	5.5	4.4		3	6	3.1	8.0	
		5=unang.	17	13	13.4	28.9		16	14	16.5	18.7	
174	Er.Fam. bel.	0=nicht vorg.	84	23	66.1	51.1	.280	61	44	62.9	58.7	.250
		1=nicht bel.	3	2	2.4	4.4		5	2	5.1	2.7	
		2	4	1	3.1	2.2		3	2	3.1	2.7	
		3	8	3	6.3	6.7		7	4	7.2	5.3	
		4	6	1	4.7	2.2		1	6	1.0	8.0	
		5=sehr bel.	22	15	17.3	33.3		20	17	20.6	22.7	
175	Er.Ber. unang.	0=nicht vorg.	80	32	63.0	71.1	.078	66	46	68.0	61.3	.236
		1=erfreul.,	11	0	8.7	.0		9	2	9.3	2.7	
		2 angen.	1	3	.0	6.7		1	3	1.0	4.0	
		3	5	2	3.9	4.4		3	4	3.1	5.3	
		4 ärgerl.,	10	2	7.9	4.4		5	7	5.2	9.3	
		5=unang.	20	6	15.7	13.3		13	13	13.4	17.3	
176	Er. Ber. bel.	0=nicht vorg.	79	32	62.2	71.1	.807	65	46	67.0	61.3	.489
		1=nicht bel.	5	1	3.9	2.2		4	2	4.1	2.7	
		2	3	2	2.4	4.4		4	1	4.1	1.3	
		3	3	1	2.4	2.2		1	3	1.0	4.0	
		4	10	2	7.9	4.4		5	7	5.2	9.3	
		5=sehr bel.	27	7	21.3	15.6		18	16	18.6	21.3	
177	Er.Ges. unang.	0=nicht vorg.	87	23	68.5	51.1	.077	65	45	67.0	60.0	.550
		1=erfreul.,	4	0	3.1	.0		2	2	2.1	2.7	
		2 angen.	2	0	1.6	.0		0	2	.0	2.7	
		3	2	2	1.6	4.4		3	1	3.1	1.3	
		4 ärgerl.,	10	4	7.9	8.9		7	7	7.2	9.3	
		5=unang.	22	16	17.3	35.6		20	18	20.6	24.0	
178	Er.Ges. bel.	0=nicht vorg.	88	23	69.3	69.3	.061	66	45	68.0	60.0	.218
		1=nicht bel.	1	0	.8	.8		0	1	.0	1.3	
		2	3	2	2.4	2.4		2	3	2.1	4.0	
		3	3	0	2.4	2.4		3	0	3.1	.0	
		4	11	3	8.7	8.7		9	5	9.3	6.7	
		5=sehr bel.	21	17	16.5	16.5		17	21	17.5	28.0	

Fortsetzung Tab. 23b:

Nr.	Variable	Skalen/ Polung		Gesamte Stichprobe der LVA-Kurpatienten								
				Mä	Fr	Mä	Fr	p	30-41J	41-50J	30-40J	41-50J	p
179	Er.wirt. sch. unang.	0=nicht vorg.		100	36	78.7	80.0	.281	78	58	80.4	77.3	.250
		1=erfreul.,		7	4	5.5	8.9		3	8	3.1	10.4	
		2 angen.		5	0	3.9	.0		3	2	3.1	2.7	
		3		7	0	5.5	.0		3	4	3.1	5.3	
		4 ärgerl.,		2	2	1.6	4.4		3	1	3.1	1.3	
		5=unang.		6	3	4.7	6.7		7	2	7.2	2.7	
180	Er. wirtsch. bel.	0=nicht vorg.,		100	36	78.7	80.0	.696	78	58	80.4	77.3	.961
		1=nicht bel.		1	1	.8	2.2		1	1	1.0	1.3	
		2		3	0	2.4	.0		2	1	2.1	1.3	
		3		4	3	3.1	6.7		3	4	3.1	5.3	
		4		8	2	6.3	4.4		6	4	6.2	5.3	
		5=sehr bel.		11	3	8.7	6.7		7	7	7.2	9.3	
181	Er.sonst. unang.	0=nicht vorg.		109	40	85.8	88.9	.970	82	67	84.5	89.3	.468
		1=erfreul.,		5	1	3.9	2.2		5	1	5.2	1.3	
		2 angen.		4	1	3.1	2.2		2	3	2.1	4.0	
		3		0	0	.0	.0		0	0	.0	.0	
		4 ärgerl.,		4	1	3.1	2.2		4	1	4.1	1.3	
		5=unang.		5	2	3.9	4.4		4	3	4.1	4.0	
182	Er. sonst. bel.	0=nicht vorg.,		109	40	85.8	88.9	.776	82	67	84.5	89.3	.614
		1=nicht bel.		1	1	.8	2.2		1	1	1.0	1.3	
		2		4	1	3.1	2.2		3	2	3.1	2.7	
		3		2	0	1.6	.0		2	0	2.1	.0	
	(173-182)	4		3	0	2.4	.0		1	3	1.0	2.7	
		5=sehr bel.		8	3	6.3	6.7		8	2	8.2	4.0	
	Besondere Ereignisse u.Veränderungen in 1. 2 J. vor d. Kur	0=keine Vorkommnisse		29	8	22.8	17.7	.515	23	14	23.4	18.5	.621
		1=Vorkommnisse		98	37	78.2	83.3		75	61	76.6	81.5	
195	Ängstl.	1=eher nicht		57	18	44.9	40.0	.843	42	33	43.3	44.0	.908
		2=eher mittel		43	17	33.9	37.8		33	27	34.0	36.0	
		3=eher sehr		27	10	21.3	22.2		22	15	22.7	20.0	
196	Belast.	1=eher nicht		49	12	38.6	26.7	.041	32	29	33.0	38.7	.666
		2=eher mittel		32	7	25.2	15.6		24	15	24.7	20.0	
		3=eher sehr		46	26	36.2	57.8		41	31	42.3	41.3	
197	FE ges.	Anzahl	0	9	2	7.1	4.4	.357	8	3	8.3	4.0	.549
			1	38	10	30.2	22.2		26	22	27.1	29.3	
			2	48	20	38.1	44.4		40	28	41.7	37.3	
			3	22	9	17.5	20.0		17	14	17.7	18.7	
			4	8	2	6.3	4.4		4	6	4.2	8.0	
			5	0	1	.0	2.2		0	1	.0	1.3	
			6	0	1	.0	2.2		0	1	.0	1.3	
			7	1	0	.8	.0		1	0	1.0	.0	
198	FE 1-5 J.	Anzahl	0	73	24	61.1	55.8	.514	53	44	59.6	61.1	.649
			1	32	12	27.1	27.9		24	20	27.0	27.8	
			2	11	7	9.3	16.3		10	8	11.2	11.1	
			3	2	0	1.7	.0		2	0	2.2	.0	
199	FE 6-14 J.	Anzahl	0	17	8	14.4	18.6	.645	13	12	14.6	16.7	.231
			1	53	16	44.9	37.2		45	24	50.6	33.3	
			2	38	17	32.2	39.5		25	30	28.1	41.7	
			3	7	2	5.9	4.7		4	5	4.5	6.9	
			4	3	0	2.5	.0		2	1	2.2	1.4	

Fortsetzung Tab. 23b:

Nr.	Variable	Skalen/ Polung		Gesamte Stichprobe der LVA-Kurpatienten Mä	Fr	Mä	Fr	p	30-41J	41-50J	30-40J	41-50J	p
200	FE üb. 14 J.	Anzahl	0	104	36	88.1	83.7	.496	77	63	86.5	87.5	.579
			1	8	3	6.8	7.0		6	5	6.7	6.9	
			2	5	2	4.2	4.7		4	3	4.5	4.2	
			3	1	1	.8	2.3		2	0	2.2	.0	
			4	0	1	.0	2.3		0	1	.0	1.4	
201	FE Mutt.	0=nicht erw.		76	18	64.4	41.9	.017	50	44	56.2	61.1	.638
		1=erwähnt		42	25	35.6	58.1		39	28	43.8	39.9	
202	FE Vat.	0=nicht erw.		68	31	58.6	73.8	.119	53	46	60.9	64.8	.738
		1=erwähnt		48	11	41.4	26.2		34	25	39.1	35.2	
203	FE Mutt. Strenge	0=nicht erw.		34	19	69.4	76.0	.746	30	23	71.4	71.9	.827
		1=erwähnt		15	6	30.6	24.0		12	9	28.6	28.1	
204	FE Vat. Strenge	0=nicht erw.		36	18	73.6	72.0	.887	29	25	69.0	78.1	.544
		1=erwähnt		13	7	26.4	28.0		13	7	31.0	29.9	
205	FE Vat. Unt.	0=nicht erw.		31	6	61.1	50.0	.701	19	20	51.4	69.0	.233
		1=erwähnt		21	6	38.9	50.0		18	9	48.6	31.0	
206	FE Konfl. Bezugs-pers.	0=nicht erw.		45	10	83.3	83.3	.668	33	22	89.2	75.9	.267
		1=erwähnt		9	2	16.7	16.7		4	7	10.8	24.1	
207	Strenge o.B.Be-zugspers.	0=nicht erwähnt		101	34	85.6	79.1	.451	72	63	80.9	87.5	.356
		1=erwähnt		17	9	14.4	20.9		17	9	19.1	12.5	
208	FE Trenn. o.B.Be-zugspers.	0=nicht erw.		86	28	72.9	65.1	.445	70	44	78.7	61.1	.024
		1=erwähnt		32	25	27.1	34.9		19	28	21.3	38.9	
209	FE Katastr.	0=nicht erw.		89	28	75.4	65.1	.272	65	52	73.0	72.2	.949
		1=erwähnt		20	15	24.6	34.9		24	20	27.0	27.8	
210	FE Eig. Aggr.	0=nicht erw.		92	37	78.0	86.0	.478	69	60	77.5	83.3	.290
		1=erwähnt		26	6	22.0	14.0		20	12	22.5	16.7	
211	FE Akt. Pass.	1=Aktivit.		45	18	38.1	41.9	.523	32	22	38.2	30.6	.552
		2=Passivit.		44	12	37.3	27.9		34	19	25.8	26.4	
		0=neutral		29	13	24.6	30.2		23	31	36.0	43.1	
212	FE Ent-behr. Einschr.	0=nicht erw.		86	30	72.9	69.8	.848	63	53	70.8	73.6	.825
		1=erwähnt		32	13	27.1	30.2		26	19	29.2	26.4	
213	FE Geschw.	0=nicht erw.		95	32	80.5	74.4	.536	71	56	79.8	77.8	.908
		1=erwähnt		23	11	19.5	25.6		18	16	20.2	22.2	
214	FE Geschw. pos.neg. neutr.	1=positiv		4	1	19.0	10.0	.632	6	8	37.5	53.3	.409
		2=negativ		10	4	47.6	40.0		8	4	50.0	26.7	
		0=neutral		7	5	33.3	50.0		2	3	12.5	20.0	
215	Aff.Tön. Ki.	1=positiv		27	10	23.1	23.8	.017	20	17	23.0	23.6	.446
		2=negativ		55	29	46.1	69.0		49	35	56.3	48.6	
		3=neutral		35	3	29.9	7.1		18	20	20.7	27.8	

Fortsetzung Tab. 23b:

Nr.	Variable	Skalen/ Polung	Gesamte Stichprobe der LVA-Kurpatienten Mä	Fr	Mä	Fr	p	30-41J	41-50J	30-40J	41-50J	p
	Medizinische Kennwerte (soweit Termine nicht jeweils angegeben, T1)											
320	Cholest. erh.	0=nein	75	34	58.1	41.9	.229	68	41	66.0	54.7	.168
		1=ja	54	15	69.4	30.6		35	34	34.0	45.3	
322	Chol. Nachpr. erh.	0=nein	31	5	58.5	41.7	.461	15	21	46.9	63.6	.267
		1=ja	22	7	41.5	58.3		17	12	53.1	36.4	
324	Trigl. erh.	0=nein	102	44	79.7	89.8	.173	85	16	82.5	82.4	.853
		1=ja	26	5	20.3	10.2		18	13	17.5	17.6	
326	Trigl. Nachpr. erh.	0=nein	19	3	73.1	75.0	.716	13	9	72.2	75.0	.604
		1=ja	7	1	26.9	25.0		5	3	27.8	25.0	
328	Harns. erh.	0=nein	97	42	76.4	85.7	.248	77	62	76.2	82.7	.396
		1=ja	30	7	23.6	14.3		24	13	23.8	17.3	
330	Harns. Nachpr. erh.	0=nein	11	3	39.3	50.0	.979	12	2	50.0	20.0	.216
		1=ja	17	3	60.7	50.0		12	8	50.0	80.0	
332	γ-GT erh.	0=nein	100	40	78.1	83.3	.580	82	58	81.2	77.3	.661
		1=ja	28	8	21.9	16.7		19	17	18.8	22.7	
334	γ-GT Nachpr. erh.	0=nein	8	2	30.8	60.0	.040	3	8	20.0	50.0	.156
		1=ja	18	2	69.2	40.0		12	8	80.0	50.0	
338	BKS erh.	0=nein	116	36	89.9	73.5	.011	90	62	87.4	82.7	.507
		1=ja	13	13	10.1	26.5		13	14	12.6	17.3	
341	BKS Nachpr. erh.	0=nein	1	0	11.1	.0	.500	1	0	11.1	.0	.500
		1=ja	8	9	88.9	100.0	(F)	8	9	88.9	100.0	(F)
	Kurgruppen-zugehörigkeit	1="Rauhenbichl"	25	0	19.1	.0	.000	13	12	12.6	15.6	.513
		2="Kniebis"	27	21	20.6	42.9		30	18	29.1	23.4	
		3="Kühberg"	50	0	38.2	.0		25	25	24.3	32.5	
		4="Berghof"	29	28	22.1	57.1		35	22	34.0	28.6	

Tab. 23c: Antwortverteilungen und Gruppenunterschiede (Chi-Quadrat) in ausgewählten Variablen des Anamnestischen und Katamnestischen Erhebungsbogens sowie in der Kurgruppenzugehörigkeit bei den Gruppeneinteilungsfaktoren des vorhandenen oder nicht vorhandenen Berufsausbildungsabschlusses in bezug auf die gesamte, die männliche und die weibliche LVA-Kurpatienten-Stichprobe sowie der Zugehörigkeit zu anderweitigen Hauptdiagnosen oder zur Hauptdiagnosegruppe "Psychovegetatives Syndrom" (And und PsSy) in bezug auf die gesamte LVA-Kurpatienten-Stichprobe

Nr.	Variable	Skalen/ Polung	Aufteilung nach abgeschlossener Berufsausbildung für gesamte Stichprobe der LVA-Kurpatienten: absolute Häufigkeiten Ja	Nein	relative Häufigkeiten Ja	Nein	Chi-Quadrat p	Aufteilung nach abgeschlossener Berufsausbildung für männliche Stichprobe der LVA-Kurpatienten: absolute Häufigkeiten Ja	Nein	relative Häufigkeiten Ja	Nein	Chi-Quadrat p	Aufteilung nach abgeschlossener Berufsausbildung für weibliche Stichprobe der LVA-Kurpatienten: absolute Häufigkeiten Ja	Nein	relative Häufigkeiten Ja	Nein	Chi-Quadrat p	Aufteilung nach Hauptdiagnosegruppe f. gesamte Stichprobe der LVA-Kurpatienten: absolute Häufigkeiten And	Ps Sy	relative Häufigkeiten And	Ps Sy	Chi-Quadrat p
	Anamnestischer Erhebungsbogen, Kuranfang T1																						
2	Alt.-Gr.	1=30-40J.	67	35	60.4	52.2	.365	56	13	57.1	40.6	.155	11	22	84.6	62.9	.274	12	91	54.5	57.6	.967
		2=41-50J.	44	32	39.6	47.8		42	19	42.9	59.4		2	13	15.4	37.1		10	67	45.5	42.4	
3	Geschl.	1=männl.	98	32	88.3	47.8	.000	98	32									19	112	86.6	70.9	.203
		2=weibl.	13	35	11.7	52.2							13	35				3	46	13.4	29.1	
4	Wohno.	1=Dorf	48	35	43.6	52.5	.455	45	17	46.4	53.1	.555	3	18	23.1	51.4	.166	13	70	59.1	45.2	.235
		2=Kleinst.	35	16	31.8	23.9		31	7	32.0	21.9		4	9	30.8	25.7		3	48	13.6	31.0	
		3=Großst.	27	16	24.5	23.9		21	8	21.6	25.0		6	8	46.2	22.9		6	37	27.3	23.9	
5	Fam.-St.	1=alleinst.	16	12	14.4	17.9	.683	15	2	15.3	6.3	.309	1	10	7.7	28.6	.253	2	26	9.1	16.5	.563
		2=verheir.	95	55	85.6	82.1		83	30	84.7	93.8		12	25	92.3	71.4		20	132	90.9	83.5	
6	Ehep. ber.-tät.	1=ja	52	34	55.3	61.8	.546	41	12	49.4	40.0	.503	11	22	100.0	88.0	.584	11	75	57.9	57.7	.817
		2=nein	44	21	44.7	38.2		12	18	50.6	60.0		0	3	.0	12.0		8	55	42.1	42.3	
7	Z. d.Ki.	An-zahl 0	21	8	18.9	12.3	.442	18	4	18.4	12.5	.665	3	4	23.1	12.1	.619	5	24	22.7	15.6	.638
		1	64	38	57.7	58.5		58	19	59.2	59.4		6	19	46.2	57.6		11	91	50.0	59.1	
		≥2	26	19	23.4	29.2		22	9	22.4	28.1		4	10	30.8	30.3		6	39	27.3	25.3	
8	Net-to-verd. DM	1=bis 500	4	8	3.8	12.5	.000	1	1	1.1	3.2	.010	3	7	30.0	21.2	.628	2	10	9.1	6.8	.712
		2= " 1000	8	21	7.6	32.8		2	5	2.1	16.1		6	16	60.0	48.5		2	27	9.1	18.4	
		3= " 1500	45	23	42.9	35.9		44	14	46.3	45.2		1	9	10.0	27.3		11	57	50.0	38.8	
		4= " 2000	35	11	33.3	17.2		35	11	36.8	35.5		0	0	.0	.0		6	40	27.3	27.2	
		5= " 3000	17	1	12.4	1.6		13	0	13.7	.0		0	1	.0	3.0		1	13	4.5	8.8	
9	Volks-sch.	1=m.Absch.	100	55	90.9	82.9	.136	90	24	92.8	75.0	.016	10	31	76.9	88.6	.578	20	135	90.9	87.1	.871
		2=o. "	10	12	9.1	9.1		7	8	7.2	25.0		3	4	23.1	11.4		2	20	9.1	12.9	
15	Abg. Ber.-Ausb.	1=ja	111	0	100.0	.0	.000	98	0	100.0	.0	.000	13	0	100.0	.0	.000	16	95	72.7	60.9	.402
		2=nein	0	67	.0	100.0		0	32	.0	100.0		0	35	.0	100.0		6	61	27.3	39.1	
16	Ber.-Tät.	1=Einf. Arb.	32	53	28.8	79.1	.000	24	23	24.5	71.9	.000	8	30	72.7	90.7	.041	9	76	40.9	48.7	.909
		2=Spez.-Facharb.	56	9	50.5	13.4		54	7	55.5	21.9		2	2	18.2	6.2		10	55	45.5	35.3	
		3=Berufl. Höherg.	21	3	18.9	4.5		20	2	20.4	6.3		1	1	9.1	3.1		3	21	13.5	13.4	
		4=Hausfr. o.Ber.	2	2	1.8	3.0												0	4	.0	2.5	
17	Z.bis. Arb.-Pl.	Anzahl 1-3	62	37	55.8	55.2	.988	55	13	56.1	40.7	.138	7	24	53.9	68.6	.152	12	87	54.5	55.8	.900
		4-20	49	30	44.2	44.8		43	19	43.9	59.3		6	11	46.1	31.4		10	69	45.5	44.2	
18	Arb.z. schw.	1 = ja	32	30	32.7	50.0	.046	29	17	34.1	56.7	.051	3	13	23.1	43.3	.358	10	52	47.6	38.0	.545
		2 = nein	66	30	67.3	50.0		56	13	65.9	43.3		10	17	76.9	56.7		11	85	52.2	62.0	
19	Arb. nicht befr.	1 = ja	48	26	48.5	44.1	.709	41	16	47.7	55.2	.629	7	10	53.8	33.3	.355	10	64	47.6	46.7	.875
		2 = nein	51	33	51.5	55.9		45	13	52.3	44.8		6	20	46.2	66.7		11	73	52.4	53.3	
20	nicht gen. verd.	1 = ja	73	32	75.3	56.1	.023	68	21	81.0	75.0	.685	5	11	38.5	37.9	.756	15	90	71.4	67.7	.927
		2 = nein	24	25	24.7	43.9		16	7	19.0	25.0		8	18	61.6	62.1		6	43	28.6	32.3	
21	ent-lass.	1 = ja	25	25	26.9	43.9	.049	25	15	31.3	51.7	.083	0	10	.0	35.7	.036	4	46	21.1	35.1	.340
		2 = nein	68	32	73.1	56.1		55	14	68.7	48.3		13	18	100.0	64.3		15	85	78.9	64.9	
22	Ber.-Tät.v. Kur	1 = ja	102	54	91.9	80.6	.047	91	28	92.9	87.5	.562	11	26	84.6	74.3	.711	22	134	100.0	85.9	.125
		2 = nein	9	13	8.1	19.4		7	4	7.1	12.5		2	9	15.4	25.7		0	22	.0	14.1	
23	Krank-m.vor Kur	1 = ja	5	5	62.5	50.0	.479	4	1	57.1	33.3	.500	1	4	100.0	57.1	.625	0	10	.0	55.6	
		2 = nein	3	5	37.5	50.0	(F)	3	2	42.9	66.7	(F)	0	3	.0	42.9	(F)	0	18	.0	14.1	
24	Dauer Krank-m.	Anz. 3-10	3	3	75.0	60.0	.173	3	1	75.0	100.0	.172	0	2				0	6	.0	66.4	
		Wo. 11-36	1	2	25.0	40.0	(F)	1	0	25.0	.0		0	2				0	3	.0	33.3	
25	Arb.l. v.Kur	1 = ja	3	8	60.0	66.7	.600	3	3	60.0	75.0	.590	0	5				0	11	.0	64.7	
		2 = nein	2	4	40.0	33.3	(F)	2	1	40.0	25.0	(F)	0	3				0	6	.0	35.3	
26	Dauer Arb.l.	1-6 Wo.	2	3	66.7	33.7	.213	2	2	66.6	66.6	.100	0	1				0	5	.0	41.5	
		7-52 Wo.	1	6	33.3	66.7	(F)	1	1	33.4	33.4		0	5				0	11	.0	58.5	
27	Ber. Bean-spr.	1=geist.	12	0	11.1	.0	.000	11	0	11.2	.0	.012	1	0	10.0	.0	.070	3	9	14.3	6.0	.210
		2=körp.	36	46	33.3	71.9		30	18	30.6	56.3		6	28	60.0	87.5		7	75	33.3	49.7	
		3=beides	60	18	55.6	28.1		57	14	58.2	43.7		3	4	30.0	12.5		11	67	52.4	44.4	

Fortsetzung Tabelle 23c:

Nr.	Variable	Skalen/ Polung	Gesamte Stichprobe der LVA-Kurpatienten BA Ja	BA Nein	BA Ja	BA Nein	p	Männliche Stichprobe der LVA-Kurpatienten BA Ja	BA Nein	BA Ja	BA Nein	p	Weibliche Stichprobe der LVA-Kurpatienten BA Ja	BA Nein	BA Ja	BA Nein	p	Gesamte Stichprobe der LVA-Kurpatienten And	Ps Sy	And	Ps Sy	p
28	Ber. Körperh.	1=sitzend	26	31	24.1	47.0	.004	24	13	25.0	40.6	.175	2	18	16.7	52.9	.088	8	49	36.4	32.2	.789
		2=stehend	51	22	56.5	33.3		56	13	58.3	40.6		5	9	41.7	26.5		9	74	40.9	48.7	
		3=laufend	21	13	19.4	19.7		16	6	16.7	18.8		5	7	41.7	20.6		5	29	22.7	19.1	
29	Arb.-Zt.	1=std.w.	2	1	1.9	1.6	.115	1	0	1.0	.0	.442	1	1	8.3	3.1	.059	2	1	9.5	.7	.083
		2=halbtg.	1	5	.9	7.8		1	0	1.0	.0		0	5	.0	19.6		1	5	4.8	3.3	
		3=8St/T.	70	41	64.8	64.1		63	17	65.6	53.1		7	24	58.3	75.0		13	98	61.9	64.9	
		4=üb. "	35	7	32.4	26.6		31	15	32.3	46.9		4	2	33.3	6.3		5	47	23.8	31.3	
30	Schicht	1 = ja	36	8	23.9	12.1	.088	24	2	24.5	6.3	.047	2	6	18.2	17.6	.679	4	30	18.2	19.6	.896
		2 = nein	83	58	76.1	87.9		74	30	75.5	93.8		9	28	81.8	82.4		18	123	81.8	80.4	
31	Art d. Sch.	1=Frühsch.	4	0	16.0	.0	.075	3	0	13.0	.0	.747	1	0	50.0	.0	.261	2	2	50.0	6.9	.126
		2=Spätsch.	4	2	16.0	25.0		4	0	17.4	.0		0	2	.0	33.3		0	6	.0	20.7	
		3=Nachtsch.	1	3	4.0	37.5		0	0	.0	.0		1	3	50.0	50.0		0	4	.0	13.8	
		4=Früh-u. Spätsch.	2	1	8.0	12.5		2	0	8.7	.0		0	1	.0	16.7		0	3	.0	10.3	
		5=Früh-, Spät-u. Nachtsch.	14	2	56.0	25.0		14	2	60.9	100.0		0	0	.0	.0		2	14	50.0	48.3	
32	Körp. äuß. Bel.	1 = ja	86	53	78.2	79.1	.965	78	26	80.4	81.3	.878	8	27	61.5	77.1	.474	16	123	72.7	79.4	.666
		2 = nein	24	14	21.8	20.9		19	6	19.6	18.8		5	8	38.5	22.9		6	32	27.3	20.6	
33	Neb.-Tät.	1 = ja	29	14	26.1	21.2	.578	26	7	26.5	21.9	.770	3	7	23.1	20.6	.832	5	18	22.7	24.5	.934
		2 = nein	82	57	73.9	78.8		72	25	73.5	78.1		10	27	76.9	79.4		17	117	77.3	75.5	
34	Z.d.z. Erhol. gen. Url.-T.	Anz.0-7	21	19	19.2	29.8	.308	17	13	17.3	40.6	.268	4	6	36.4	18.7	.546	3	37	13.6	24.5	.824
		Tg. 8-14	36	21	33.0	32.9		32	9	32.6	28.1		4	12	36.4	37.4		8	59	36.3	39.0	
		15-21	23	8	21.1	12.5		19	4	23.4	12.5		0	4	.0	12.5		4	27	18.2	17.9	
		22-28	18	5	16.5	7.8		16	2	16.3	6.2		2	3	18.2	9.4		1	18	22.7	11.9	
		29-35	8	10	7.4	15.6		7	3	7.1	9.4		1	7	9.1	21.9		2	16	9.0	9.6	
		36-42	3	1	2.8	1.6		3	1	3.0	3.1		0	0	.0	.0		0	4	.0	2.7	
35	Abs. Rent.-Antr.	1=ja	2	3	1.8	4.5	.097	2	1	2.0	3.1	.033	0	2	.0	5.7	.552	1	4	4.5	2.6	.866
		2=nein	106	58	95.5	86.6		93	26	94.9	81.3		13	32	100.0	91.4		20	144	90.9	92.3	
		3=unentsch.	3	6	2.7	9.0		3	5	3.1	15.6		0	1	.0	2.9		1	8	4.5	5.1	
36	Häufigk. d. Krankm. i.l.2 J.	An-zahl 0	15	10	13.5	14.9	.315	13	6	13.3	18.8	.278	2	4	15.4	11.4	.282	2	23	9.1	14.7	.615
		1	35	17	31.5	25.4		31	6	31.6	18.8		4	11	30.8	31.4		10	42	45.5	26.9	
		2	32	14	28.8	20.9		26	8	26.5	25.0		6	6	46.2	17.1		5	41	22.7	26.3	
		3	15	8	13.5	11.9		14	5	14.3	15.6		1	3	7.7	8.6		2	21	9.1	13.5	
		4	10	10	9.0	14.9		10	2	10.2	6.3		0	8	.0	22.9		2	18	9.1	11.5	
		5	2	5	1.8	7.5		2	3	2.0	9.4		0	2	.0	5.7		0	7	.0	4.5	
		6	1	1	.9	1.5		1	1	1.0	3.1		0	0	.0	.0		1	1	4.5	.6	
		7	0	0	.0	.0		0	0	.0	.0		0	0	.0	.0		0	0	.0	.0	
		8	1	0	.9	.0		1	0	1.0	.0		0	0	.0	.0		0	1	.0	.6	
		9	0	1	.0	1.5		0	1	.0	3.1		0	0	.0	.0		0	1	.0	.6	
		10	0	1	.0	1.5		0	0	.0	.0		0	1	.0	2.9		0	1	.0	.6	
37	Dauer d. Krankm. i.l.2 J.	An-zahl 0-3	48	27	43.2	40.3	.596	44	15	44.9	47.0	.659	4	12	30.8	34.2	.547	10	61	72.7	39.1	.690
		4-7	31	11	27.9	19.5		27	7	26.5	21.9		5	6	38.5	17.9		2	42	9.1	26.9	
		Wo. 8-11	15	10	13.5	15.0		13	4	13.4	12.5		2	6	15.4	17.1		5	20	22.6	12.7	
		12-15	9	9	8.1	13.5		8	5	8.1	15.6		1	4	7.7	11.4		1	17	4.5	10.9	
		16-19	3	2	2.7	3.0		2	1	2.0	3.1		1	1	7.7	2.9		0	5	.0	3.1	
		20-23	3	4	2.7	6.0		2	0	2.0	.0		0	4	.0	11.4		0	6	.0	3.9	
		24-27	1	0	.9	.0		1	0	1.0	.0		0	0	.0	.0		0	1	.0	.6	
		28-31	1	0	.0	.0		1	0	1.0	.0		0	0	.0	.0		0	1	.0	.6	
		32-35	1	0	.9	.0		1	0	1.0	.0		0	0	.0	.0		0	1	.0	.6	
		38-50	0	2	.0	3.0		0	0	.0	.0		0	2	.0	5.4		0	2	.0	1.2	
38	Volkssch. Vater	1=m.Ab.	99	49	90.8	77.8	.031	87	23	90.6	82.1	.363	12	26	93.3	74.3	.334	17	131	85.0	86.2	.842
		2=o.Ab.	10	14	9.2	22.2		9	5	9.4	17.9		1	9	7.7	25.7		3	21	15.0	13.8	
44	Abg.Ber.-Ausb. Vater	1 = ja	72	27	64.9	40.3	.002	63	11	64.3	34.4	.006	9	16	69.2	45.7	.261	13	86	59.1	55.1	.904
		2 = nein	39	40	35.1	59.7		35	21	35.7	65.6		4	19	30.8	54.3		9	70	40.9	40.9	
45	Z.d. Geschw.	An - zahl 0	16	13	14.4	20.0	.126	12	5	12.2	16.1	.144	4	8	30.8	23.5	.763	1	28	4.5	18.2	.368
		1	29	13	26.1	20.0		25	5	25.5	16.1		4	8	30.8	23.5		5	37	22.7	24.0	
		2	19	6	17.1	9.2		18	4	18.4	12.9		1	2	7.7	5.9		5	20	22.7	13.0	
		3	15	12	13.5	18.5		13	6	13.3	19.4		2	6	15.4	17.6		5	22	22.7	14.3	
		4	14	4	12.6	6.2		13	1	13.3	3.2		1	3	7.7	8.8		1	17	4.5	11.0	
		5	5	5	4.5	7.7		5	4	5.1	12.9		0	1	.0	2.9		2	8	9.1	5.2	
		6	3	4	2.7	6.2		3	1	3.1	3.2		0	3	.0	8.8		1	6	.0	5.8	
		7	7	2	6.3	3.1		7	1	7.1	3.2		0	1	.0	2.9		0	9	.0	5.8	
		8	1	5	.9	7.7		1	3	1.0	9.7		0	2	.0	5.9		2	4	9.1	2.6	
		9	2	1	1.8	1.5		1	1	1.0	3.2		1	0	7.7	.0		0	3	.0	1.9	
46	Aufgew. Fam.	1 = ja	106	57	95.5	85.1	.032	95	25	96.9	78.1	.002	11	32	84.6	91.4	.876	20	143	90.9	91.7	.772
		2 = nein	5	10	4.5	14.9		3	7	3.1	21.9		2	3	15.4	8.6		2	13	9.1	8.3	
47	Aufgew. o.Vater	1 = ja	22	22	20.0	33.3	.072	15	11	15.5	34.4	.040	7	11	53.8	32.4	.307	5	31	22.7	25.3	.980
		2 = nein	88	44	80.0	66.7		82	21	84.5	65.6		6	23	46.2	67.6		17	115	77.3	74.7	
48	Aufgew. o.Mutt.	1 = ja	6	10	5.4	14.9	.060	1	6	5.1	18.8	.041	1	4	7.7	11.4	.877	3	13	13.6	8.3	.677
		2 = nein	105	57	94.6	85.1		93	26	94.9	81.3		12	31	92.3	88.6		19	143	86.4	91.7	
49	Unehel.	1 = ja	3	6	2.7	9.2	.123	3	4	3.1	12.9	.098	0	2	.0	5.9	.931	3	6	13.6	3.9	.155
		2 = nein	108	59	97.3	90.8		95	27	96.9	87.1		13	32	100.0	94.1		19	148	86.4	96.1	
50	Aufgew. o. Elt.	1 = ja	4	7	3.7	10.4	.138	2	5	2.1	15.6	.014	2	2	15.4	5.7	.624	3	8	13.6	5.2	.289
		2 = nein	105	60	96.3	89.6		94	27	97.9	84.4		11	33	84.6	94.3		19	146	86.4	94.8	

Fortsetzung Tabelle 23c:

Nr.	Variable	Skalen/ Polung	Gesamte Stichprobe der LVA-Kurpatienten BA Ja	BA Nein	BA Ja	BA Nein	p	Männliche Stichprobe der LVA-Kurpatienten BA Ja	BA Nein	BA Ja	BA Nein	p	Weibliche Stichprobe der LVA-Kurpatienten BA Ja	BA Nein	BA Ja	BA Nein	p	Gesamte Stichprobe der LVA-Kurpatienten And	Ps Sy	And	Ps Sy	p
51	Aufgew. b.Verw.	1=ja	7	14	6.3	20.9	.007	5	8	5.1	25.0	.003	2	6	15.4	17.1	.771	4	17	18.2	10.9	.523
		2=nein	104	53	93.7	79.1		93	24	94.9	75.0		11	29	84.6	82.9		18	139	81.8	89.1	
52	Aufgew. Heim	1=ja	1	4	.9	6.3	.115	1	0	1.0	.0	.516	0	4	.0	11.4	.493	0	5	.0	3.2	.889
		2=nein	110	60	99.1	93.7		97	29	99.0	100.0		13	33	100.0	88.6		21	149	100.0	96.8	
53	Wo. auf-gew.	1=Dorf	68	55	61.8	83.3	.009	61	26	62.9	81.3	.154	7	29	53.8	85.3	.064	17	106	77.3	68.8	.570
		2=Kleinst.	26	8	23.6	12.1		22	4	22.7	12.5		4	4	30.8	11.8		4	30	18.2	19.5	
		3=Großst.	16	3	14.5	4.5		14	2	14.4	6.3		2	1	15.4	2.9		1	18	4.5	11.7	
54	St. Erhol./ T.	An-zahl St./ T. 0	17	12	15.9	17.9	.039	14	4	14.9	12.5	.538	3	8	23.1	22.9	.099	5	24	25.0	15.6	.238
		1	19	20	17.8	29.9		17	10	18.1	31.3		2	10	15.4	28.6		1	38	5.0	24.7	
		2	27	21	25.2	31.3		23	9	24.5	28.1		4	12	30.8	34.3		6	42	30.0	27.3	
		3	32	6	29.9	9.0		28	5	29.8	15.6		4	1	30.8	2.9		5	23	25.0	21.4	
		4	8	5	7.5	7.5		8	3	8.5	9.4		0	2	.0	5.7		3	10	15.0	6.5	
		5	4	3	3.7	4.5		4	1	4.3	3.1		0	2	.0	5.7		0	7	.0	4.5	
55	Überw. Freiz. Gest.	1=überw.d. körperl.,	80	30	73.4	45.5	.000	74	20	77.1	62.5	.165	6	10	46.2	29.4	.460	16	94	72.7	61.4	.430
		2=überw.d. sonst. Bet.	29	36	26.6	54.5		22	12	32.9	37.5		7	24	53.8	70.6		6	59	27.3	38.6	
56	Erhol.-Gef.n. Wochene.	1=ja	69	37	62.7	55.2	.406	65	19	67.0	59.4	.567	4	18	30.8	51.4	.342	16	90	72.7	58.1	.279
		2=nein	41	30	37.3	44.8		32	13	33.0	40.6		9	17	69.2	48.6		6	65	27.3	49.9	
57	Erhol.-Gef.n. Url.	1=ja	85	44	77.3	65.7	.131	77	21	79.4	65.6	.180	8	23	61.5	65.7	.944	20	109	90.9	70.3	.075
		2=nein	25	23	22.7	34.3		20	11	20.6	34.4		5	12	38.5	34.3		2	46	9.1	29.7	
59	Morg. aus-geschl.	1=ja	57	32	51.8	47.8	.712	51	21	52.6	65.6	.278	6	11	46.2	31.4	.543	12	77	57.1	49.4	.662
		2=nein	53	35	48.2	52.2		46	11	47.4	34.4		7	24	53.8	68.6		9	79	42.9	50.6	
60	Schlaf-stör.	1=ja	60	41	54.1	61.2	.438	55	16	56.1	50.0	.689	5	25	38.5	71.4	.078	10	91	45.5	58.3	.362
		2=nein	51	26	45.9	38.8		43	16	43.9	50.0		8	10	61.5	28.6		12	65	54.5	41.7	
61	Warme Mahlz.	1=ja	99	62	89.2	92.5	.636	87	27	88.8	84.4	.723	12	35	92.3	100.0	.602	19	142	86.4	91.0	.757
		2=nein	12	5	10.8	7.5		11	5	11.2	15.6		1	0	7.7	.0		3	14	13.6	9.0	
62	Kaffee- bzw. Tee-kons./ T.	An-zahl Tas-sen/ T. 0	27	15	24.3	22.4	.365	24	8	24.5	25.0	.819	3	7	23.1	20.0	.883	11	31	50.0	19.9	.068
		1	26	7	23.4	10.4		23	4	23.5	12.5		3	3	23.1	8.6		2	31	9.5	19.9	
		2	30	23	27.0	34.3		27	11	27.6	34.4		3	12	23.1	34.3		5	48	22.7	30.8	
		3	8	8	7.2	11.9		7	4	7.1	12.5		1	4	7.7	11.4		0	16	.0	10.3	
		4	8	6	.9	9.0		6	2	6.1	6.3		2	4	15.4	11.4		1	13	4.5	8.3	
		5	1	3	7.2	4.5		0	0	.0	.0		1	3	7.7	8.6		0	4	.0	2.6	
		6	3	1	2.7	1.5		3	1	3.1	3.1		0	0	.0	.0		0	4	.0	2.6	
		7	3	1	2.7	1.5		3	0	3.1	.0		0	1	.0	2.9		1	3	4.5	1.9	
		>8	5	3	4.5	4.5		5	2	5.1	6.3		0	1	.0	2.0		2	6	9.1	3.8	
63	Bier-kons./ Wo.	An-zahl l/ Wo. 0	17	26	15.5	39.4	.002	12	6	12.4	18.8	.120	5	20	38.5	58.8	.262	4	39	18.2	25.3	.914
		1	6	9	5.5	13.6		5	4	5.2	12.5		1	5	7.7	14.7		1	14	4.5	9.1	
		2	9	4	8.2	6.1		7	1	7.2	3.1		2	3	15.4	8.8		2	11	9.1	7.1	
		3	8	2	7.3	3.0		8	0	8.2	.0		0	2	.0	5.9		1	9	4.5	5.8	
		4	14	5	12.7	7.6		10	3	10.3	9.4		4	2	30.8	5.9		4	15	18.2	9.7	
		5	2	4	1.8	6.1		2	4	2.1	12.5		0	0	.0	.0		1	5	4.5	3.2	
		6	13	2	11.8	3.0		13	2	13.4	6.3		0	0	.0	.0		3	12	13.6	7.3	
		7	13	4	11.8	6.2		12	3	12.4	9.4		1	1	7.7	2.9		2	15	9.1	9.7	
		>8	28	10	25.5	15.2		28	9	28.9	28.1		0	1	.0	2.9		4	34	18.2	22.1	
64	Wein-kons./ Wo.	An-zahl l/ Wo. 0	54	38	48.6	56.7	.220	48	17	49.0	53.1	.489	6	21	46.2	60.0	.744	12	80	54.5	51.3	.945
		0,5	27	18	24.3	26.9		22	10	22.4	31.3		5	8	38.5	22.9		6	39	27.3	25.0	
		1,0	20	5	18.0	7.5		18	2	18.4	6.3		2	3	15.4	8.6		2	23	9.1	14.7	
		1,5	3	3	2.7	4.5		3	2	3.1	6.3		0	1	.0	2.9		1	5	4.5	3.2	
		2,0	1	2	.9	3.0		1	1	1.0	3.1		0	1	.0	2.9		0	3	.0	1.9	
		2,5	2	0	1.8	.0		2	0	2.0	.0		0	0	.0	.0		0	2	.0	1.3	
		3,0	0	1	.0	1.5		0	0	.0	.0		0	1	.0	2.9		0	1	.0	.6	
		3,5	3	0	2.7	.0		3	0	3.1	.0		0	0	.0	.0		1	2	4.5	1.3	
		>4,0	1	0	.9	.0		1	0	1.0	.0		0	0	.0	.0		0	1	.0	.6	
65	Kons. hoch-proz. Getr./ Wo.	Anz. Gl./ Wo. 0	77	53	70.0	79.1	.451	68	25	70.1	78.1	.730	9	28	69.2	80.0	.693	14	116	66.7	74.4	.286
		2	22	8	20.0	11.9		19	4	19.6	12.5		3	4	23.1	11.4		7	23	33.3	14.7	
		4	9	4	8.2	6.0		8	2	8.2	6.3		1	2	7.7	5.7		0	13	.0	8.3	
		8	1	1	.9	1.5		0	0	.0	.0		0	0	.0	.0		0	2	.0	1.3	
		12	0	1	.0	1.5		1	1	1.0	3.1		0	0	.0	.0		0	1	.0	.6	
		>16	1	0	.9	.0		1	0	1.0	3.1		0	0	.0	.0		0	1	.0	.6	
66	Rauch.	1=ja	41	17	36.9	25.4	.186	38	9	38.8	28.1	.548	3	8	23.1	22.9	.930	7	51	31.8	32.7	.896
		2=nicht mehr	22	12	19.8	17.9		20	8	20.4	25.0		2	4	15.4	11.4		5	29	22.7	18.6	
		3=noch nie	48	38	43.2	56.7		40	15	40.8	46.9		8	23	61.5	65.7		10	76	45.5	48.7	
67	J. Rauch.	An-zahl Jah-re 1-4	3	0	7.3	.0	.889	2	0	5.2	.0	.653	1	0	33.3	.0	.275	0	3	.0	6.0	.435
		5-8	1	0	2.4	.0		1	0	2.6	.0		0	0	.0	.0		0	1	.0	2.0	
		9-12	8	1	9.8	5.9		6	0	15.3	.0		2	1	66.7	12.5		1	8	14.3	15.7	
		13-16	5	2	12.2	11.8		5	0	13.2	.0		0	2	.0	25.0		2	5	28.6	9.9	
		17-20	8	5	20.6	29.4		8	3	21.1	33.3		0	2	.0	25.0		1	12	14.3	23.7	
		21-24	7	4	17.0	23.6		7	1	18.4	11.1		0	3	.0	37.5		0	11	.0	21.5	
		25-28	4	3	10.3	17.7		4	3	10.4	33.3		0	0	.0	.0		2	5	28.6	9.9	
		29-32	5	2	12.2	11.8		5	2	13.2	22.2		0	0	.0	.0		1	6	14.3	11.9	

Fortsetzung Tabelle 23c:

Nr.	Variable	Skalen/ Polung	Gesamte Stichprobe der LVA-Kurpatienten BA Ja	BA Nein	BA Ja	BA Nein	p	Männliche Stichprobe der LVA-Kurpatienten BA Ja	BA Nein	BA Ja	BA Nein	p	Weibliche Stichprobe der LVA-Kurpatienten BA Ja	BA Nein	BA Ja	BA Nein	p	Gesamte Stichprobe der LVA-Kurpatienten And	Ps Sy	And	Ps Sy	p
68	Rauch. auf-geh.	Anzahl Jahre 0-4	9	5	40.9	45.5	.226	8	5	40.0	71.5	.278	1	0	50.0	.0	.441	1	13	20.0	46.4	.282
		5-8	3	4	13.6	36.4		3	2	15.0	28.6		0	2	.0	50.0		2	5	40.0	17.8	
		9-12	4	2	18.2	18.2		3	0	15.0	.0		1	2	50.0	50.0		0	4	.0	21.4	
		13-16	3	0	13.6	.0		3	0	15.0	.0		0	0	.0	.0		0	3	.0	10.7	
		17-20	1	0	4.5	.0		2	0	10.0	.0		0	0	.0	.0		1	0	20.0	.0	
		21-26	2	0	9.2	.0		1	0	5.0	.0		0	0	.0	.0		1	1	20.0	3.6	
69	J. ger.	Anzahl Jahre 1-4	4	1	19.0	9.1	.634	3	0	15.8	.0	.632	1	1	50.0	25.0	.682	0	5	.0	17.8	.117
		5-8	4	2	19.0	18.2		4	2	21.1	28.6		0	1	.0	25.0		1	6	25.0	21.4	
		9-12	3	1	14.3	9.1		3	1	15.8	14.3		0	1	.0	25.0		1	3	25.0	10.7	
		13-16	1	1	4.8	9.1		1	0	5.3	.0		1	1	50.0	25.0		1	1	25.0	3.6	
		17-20	6	3	28.5	27.3		5	2	26.4	28.6		0	0	.0	.0		0	9	.0	32.1	
		21-24	0	0	.0	.0		0	0	.0	.0		0	0	.0	.0		0	0	.0	.0	
		25-28	2	1	9.6	9.1		2	1	10.6	14.3		0	0	.0	.0		1	2	25.0	7.1	
		29-32	1	1	4.8	9.1		1	1	5.3	14.3		0	0	.0	.0		0	2	.0	.0	
70	Zigarett./ T.	St./T. 1-10	18	10	30.1	37.0	.169	16	5	28.7	33.4	.213	3	5	75.0	41.6	.490	4	25	33.2	33.4	.780
		11-20	23	9	38.4	33.3		22	4	39.3	26.7		1	5	25.0	41.6		4	28	33.2	37.4	
		21-30	8	2	13.3	7.4		8	2	14.3	13.4		0	0	.0	.0		1	9	8.3	12.0	
		31-40	6	2	10.0	7.4		6	2	10.7	13.4		0	0	.0	.0		2	6	16.7	8.0	
		41-50	3	3	5.0	11.1		3	2	5.4	13.4		0	1	.0	8.3		1	5	8.3	6.7	
		51-60	0	0	.0	.0		0	0	.0	.0		0	0	.0	.0		0	0	.0	.0	
		61-70	1	1	1.7	3.7		1	0	1.8	.0		0	1	.0	8.3		0	2	.0	.0	
74	Schlaftbl.i.l.J.	0=nie 1=etwa 2/J. 2=etwa 2/Mon. 3=etwa 2/Wo. 4=fast tägl.	88	49	80.0	73.1	.742	77	28	78.6	87.5	.481	11	21	91.7	60.0	.237	16	121	72.7	78.1	
			7	4	6.4	6.0		7	2	7.1	6.3		0	2	.0	5.7		2	9	9.1	5.8	
			5	4	4.5	6.0		5	0	5.1	.0		0	4	.0	11.4		2	7	9.1	4.5	
			2	3	1.8	4.5		1	1	1.0	3.1		1	2	8.3	5.7		1	4	4.5	2.6	
			8	7	7.3	10.4		8	1	8.2	3.1		0	6	.0	17.6		1	14	4.5	9.0	
75	Beruh.-tbl. i.l.J.		68	35	61.8	52.2	.626	62	21	63.3	65.6	.984	6	14	50.0	40.0	.423	17	86	77.3	55.5	.291
			3	2	2.7	3.0		2	1	2.0	3.1		1	1	8.3	2.9		1	4	4.5	2.6	
			7	3	6.4	4.5		5	1	5.1	3.1		2	2	16.6	5.7		1	9	4.5	5.8	
			7	5	6.4	7.5		7	2	7.1	6.3		0	3	.0	8.6		1	11	4.5	7.1	
			25	22	22.7	32.8		22	7	22.4	21.9		3	15	25.0	42.9		2	45	9.1	29.0	
76	Schmerztbl. i.l.J.		57	28	51.8	41.8	.061	53	17	54.1	53.1	.123	4	11	33.3	31.4	.139	14	71	63.6	45.8	.645
			11	1	10.0	1.5		8	0	8.2	.0		3	1	25.0	2.9		1	11	4.5	7.1	
			24	19	21.8	28.4		22	5	22.4	15.6		2	14	16.7	40.0		4	39	18.2	25.2	
			13	13	11.8	19.4		10	5	10.2	15.6		3	8	25.0	22.9		2	24	9.1	15.5	
			5	6	4.5	9.4		5	5	5.1	15.6		0	1	.0	2.9		1	10	4.5	6.2	
77	Aufputschtbl. i.l.J.		107	64	97.3	98.5	.325	96	31	98.0	100.0	.725	11	33	91.7	97.1	.200	20	151	90.9	98.7	.071
			0	1	.0	1.5		0	0	.0	.0		0	1	.0	2.9		1	0	4.5	.0	
			1	0	.9	.0		1	0	1.0	.0		0	0	.0	.0		0	1	.0	.7	
			0	0	.0	.0		0	0	.0	.0		0	0	.0	.0		0	0	.0	.0	
			2	0	1.8	.0		1	0	1.0	.0		1	0	8.3	.0		1	1	4.5	.7	
78	Abführtbl. i.l.J.		90	41	81.1	62.1	.055	83	22	84.7	71.0	.046	7	19	53.8	54.3	.549	17	114	77.3	73.5	.716
			6	5	5.4	7.6		6	2	6.1	6.5		0	3	.0	8.6		1	10	4.5	6.5	
			7	8	6.3	12.1		4	5	4.1	16.1		3	3	23.1	8.6		2	13	9.1	8.4	
			5	5	4.5	7.6		4	0	4.1	.0		1	5	7.7	14.3		2	8	9.1	5.2	
			3	7	2.7	10.6		1	2	1.0	6.5		2	5	15.4	14.3		0	10	.0	6.5	
79	Sonst. Medik, i.l.J.		59	32	54.6	48.5	.312	52	14	54.2	43.8	.223	7	18	58.3	52.9	.348	11	80	50.0	52.6	.871
			4	2	3.7	3.0		4	1	4.2	3.1		0	0	.0	.0		1	5	4.5	3.3	
			5	0	4.6	.0		4	0	4.2	.0		1	1	8.3	2.9		1	4	4.5	2.6	
			9	8	8.3	12.1		8	7	8.3	21.9		1	1	8.3	2.9		1	16	4.5	10.5	
			31	24	28.7	36.4		28	10	29.2	31.3		3	14	25.0	41.2		8	47	36.4	30.9	
80	Z. Anbish. Krankenh.-aufenth.	Anzahl 0	9	10	8.1	14.9	.188	9	4	9.2	12.5	.614	0	6	.0	17.1	.703	6	13	27.3	8.3	.348
		1	29	11	26.1	16.4		28	10	28.6	31.2		1	1	7.7	2.9		4	36	18.2	23.1	
		2	25	14	22.5	20.9		23	8	23.5	25.0		2	6	15.4	17.1		6	33	27.3	21.1	
		3	23	8	20.7	11.9		20	2	20.4	6.3		3	6	23.1	17.1		3	28	13.6	17.9	
		4	11	6	9.9	9.0		8	3	8.2	9.4		3	3	23.1	8.6		2	15	9.1	9.6	
		5	3	2	2.7	3.0		2	1	2.0	3.1		1	1	7.7	2.9		0	5	.0	3.2	
		6	6	10	5.4	14.9		4	3	4.1	9.4		2	7	15.4	20.0		1	15	4.5	9.6	
		7	3	2	2.7	3.0		3	0	3.1	.0		0	2	.0	5.7		0	5	.0	3.2	
		8	2	3	1.8	4.5		1	1	1.0	3.1		1	2	7.7	5.7		0	5	.0	3.2	
		9	0	1	.0	1.5		0	0	.0	.0		0	1	.0	2.9		0	1	.0	.6	
81	Z. Anbish. Operat.	Anzahl 0	21	21	18.9	31.3	.176	17	13	17.3	40.6	.144	4	8	30.8	22.9	.555	6	36	27.3	23.1	.991
		1	25	15	31.5	22.4		13	8	33.7	25.0		2	7	15.4	20.0		7	43	31.8	27.6	
		2	29	14	26.1	20.9		26	4	26.5	12.5		3	10	23.1	28.6		5	38	22.7	24.4	
		3	15	6	13.5	9.0		12	3	12.2	9.4		3	3	23.1	8.6		2	19	9.1	12.2	
		4	5	8	4.5	11.9		5	3	5.1	9.4		0	5	.0	14.3		1	12	4.5	7.7	
		5	1	0	.9	.0		1	0	1.0	.0		0	0	.0	.0		0	1	.0	.6	
		6	5	3	4.5	4.5		4	1	4.1	3.1		1	2	7.7	5.7		1	7	4.5	4.5	
82	Z.bish. Kurauf-enth.	Anzahl 0	68	38	61.8	56.7	.607	59	19	60.8	59.4	.949	9	19	69.2	54.3	.546	17	89	77.3	57.4	.122
		1-5	42	29	38.2	43.3		38	13	39.2	40.6		4	16	30.8	45.7		5	66	22.7	42.6	
83	Beurt. Leb-Führ. ges.	1=ja 2=nein	75	35	67.6	52.2	.060	68	16	69.4	50.0	.075	7	19	53.8	54.3	.769	14	96	63.6	61.5	.904
			36	32	32.4	47.8		30	16	30.6	50.0		6	16	46.2	45.7		8	60	36.4	38.5	

Fortsetzung Tabelle 23c:

Nr.	Variable	Skalen/ Polung	Gesamte Stichprobe der LVA-Kurpatienten BA Ja	BA Nein	BA Ja	BA Nein	p	Männliche Stichprobe der LVA-Kurpatienten BA Ja	BA Nein	BA Ja	BA Nein	p	Weibliche Stichprobe der LVA-Kurpatienten BA Ja	BA Nein	BA Ja	BA Nein	p	Gesamte Stichprobe der LVA-Kurpatienten And	Ps Sy	And	Ps Sy	p
	Katamnestischer Erhebungsbogen, Halbjahreskatamnese T3																					
87	Psych. Kurkl. arb.	1=ja	67	41	78.8	85.4	.402	60	21	76.9	87.5	.405	7	20	100.0	80.0	.605	15	94	83.3	81.2	.923
		2=nein	18	8	21.2	14.6		18	3	23.1	12.5		0	5	.0	20.0		3	22	16.7	16.7	
88	Morg.-gymn. Häufigk.	Anzahl/Woche 0	47	23	54.7	47.9	.625	42	9	53.2	37.5	.168	5	14	71.4	58.3	.820	11	60	64.7	50.8	.007
		1-2	13	11	15.1	22.9		12	7	15.2	29.2		1	4	14.3	16.7		0	24	.0	20.3	
		3-4	12	4	14.0	8.3		12	1	15.2	4.2		0	3	.0	12.5		1	15	5.9	12.7	
		5-6	8	5	9.3	10.4		7	3	8.9	12.5		1	2	14.3	8.3		5	8	29.4	6.8	
		7	6	5	7.0	10.4		6	4	7.6	16.7		0	1	.0	4.2		0	9	.0	9.3	
89	Morg.-gymn. Dauer	Z.d. Min. ø 0	47	23	54.7	47.9	.826	42	9	53.2	37.5	.626	5	14	71.4	58.3	.901	11	60	64.7	50.8	.549
		1-5	18	9	20.9	18.8		17	5	21.5	20.8		1	4	14.3	16.7		1	26	5.9	22.0	
		6-10	10	7	11.6	14.6		10	5	12.7	20.8		0	2	.0	8.3		2	15	11.8	12.7	
		11-20	6	4	7.0	8.3		6	3	7.6	12.5		0	1	.0	4.2		2	8	11.8	6.8	
		21-60	5	5	5.8	10.4		4	2	5.1	8.3		1	3	14.3	12.5		1	9	5.9	7.6	
90	Wand. Häufigk.	Anzahl/Woche 0	12	16	14.0	33.3	.041	11	8	13.9	33.3	.083	1	8	14.3	33.3	.330	2	26	11.8	22.0	.037
		1-2	60	24	69.8	50.0		56	11	70.9	45.8		4	13	57.1	54.2		13	72	76.5	61.0	
		3-4	7	1	8.1	2.1		6	1	7.6	4.2		1	0	14.3	.0		0	8	.0	6.8	
		5-6	3	2	3.5	4.2		3	1	3.8	4.2		0	1	.0	4.2		0	5	.0	4.2	
		7-11	4	5	4.7	10.5		3	3	3.8	12.5		1	2	14.3	8.3		2	7	28.6	5.8	
91	Wand. Dauer	Z.d. Min. ø 0	12	16	14.0	33.3	.004	11	8	13.9	33.3	.023	1	8	14.3	33.3	.465	2	26	11.8	22.0	.037
		1-60	26	20	30.2	41.7		21	10	26.6	41.7		5	10	71.4	41.7		2	45	11.8	38.1	
		61-120	28	6	32.6	12.5		28	3	35.4	12.5		0	3	.0	12.5		8	26	47.1	22.0	
		121-300	20	6	23.3	12.5		19	3	24.1	12.5		1	3	14.3	12.5		5	21	29.4	17.8	
92	Schwim. Häufigk.	Anzahl/Woche 0	38	22	44.2	45.8	.840	34	10	43.0	41.7	.628	4	12	57.1	50.0	.610	6	55	35.3	46.6	.618
		1	36	21	41.9	43.8		33	12	41.8	50.0		3	9	42.9	37.5		9	48	52.9	40.7	
		2-10	12	5	14.0	10.4		12	2	15.2	8.3		0	3	.0	12.5		2	15	11.8	12.7	
93	Schwim. Dauer	Z.d. Min. ø 0	38	22	44.2	45.8	.190	34	10	43.0	41.7	.261	4	12	57.1	50.0	.401	6	55	35.3	46.6	.216
		1-30	9	11	10.5	22.9		9	6	11.4	25.0		0	5	.0	20.8		1	19	5.9	16.1	
		31-60	32	12	37.2	25.0		29	5	36.7	20.8		3	7	42.9	29.2		9	35	52.9	29.7	
		61-180	7	3	8.1	6.3		7	3	8.9	12.5		0	0	.0	.0		1	9	5.9	7.6	
94	Hautbürst. Häufigk.	Anz./Woche 0	49	21	57.0	43.8	.314	45	9	57.0	37.5	.233	4	12	57.1	50.0	.507	12	59	70.6	50.0	.169
		1-3	25	17	29.1	35.4		22	9	27.8	37.5		3	8	42.9	33.3		2	40	11.8	33.9	
		4-20	12	10	14.0	20.8		12	6	15.2	25.0		0	4	.0	16.7		3	19	17.6	16.1	
95	Hautbürst. Dauer	Z.d. Min. ø 0	49	21	57.0	43.8	.396	45	9	57.0	37.5	.076	4	12	57.1	50.0	.194	12	59	70.6	50.0	.210
		1-5	24	16	27.9	33.3		24	7	30.4	29.2		0	9	.0	37.5		2	38	11.8	32.2	
		6-10	9	6	10.5	12.5		7	4	8.9	16.7		2	2	28.6	8.3		1	14	5.9	11.9	
		11-20	4	5	4.7	10.4		3	4	3.8	16.7		1	1	14.3	4.2		2	7	11.8	5.9	
96	Entsp. Häufigk.	Anzahl/Woche 0	42	21	48.8	43.8	.702	39	6	49.4	25.0	.106	3	15	42.9	62.5	.646	5	58	29.4	49.2	.046
		1-5	37	21	43.0	43.8		34	14	43.0	58.3		3	7	42.9	29.2		9	50	52.9	42.4	
		6-10	1	1	1.2	2.1		1	1	1.3	4.2		1	2	14.3	8.3		1	1	5.9	.8	
		11	6	5	7.0	10.4		5	3	6.3	12.5		0	0	.0	.0		2	9	11.8	7.6	
97	Entsp. Dauer	Z.d. Min. ø 0	40	20	46.5	41.7	.956	37	6	46.8	25.0	.110	3	14	42.9	58.3	.006	5	55	29.4	49.2	.200
		1-5	11	7	12.8	14.6		11	3	13.9	12.5		0	4	.0	16.7		3	15	17.6	12.7	
		6-10	16	10	18.6	20.8		16	5	20.3	20.8		0	5	.0	20.8		2	24	11.8	20.3	
		11-90	19	11	22.1	22.9		15	10	19.0	41.7		4	1	57.1	4.2		7	24	41.2	20.3	
106	z.Zt. arb.l.	1=ja	2	8	2.7	17.8	.012	1	1	1.5	5.0	.563	1	7	16.7	28.0	.959	0	10	.0	9.6	.417
		2=nein	72	37	97.3	82.2		67	19	98.5	95.0		5	18	83.3	72.0		15	93	100.0	89.4	
107	n.Kur gl.Arb.-St.	1=ja	70	37	95.9	84.1	.061	65	17	95.6	89.5	.649	5	20	100.0	80.0	.373	15	92	100.0	90.2	.439
		2=nein	3	7	4.1	15.9		3	2	4.4	10.5		0	5	.0	20.0(F)		0	10	.0	9.8	
108	n.Kur and. Arb.-Pl.	1=ja	7	2	9.6	4.7	.542	7	0	10.3	.0	.326	0	2	.0	8.3	.679	1	8	6.7	7.9	.728
		2=nein	66	41	90.4	95.3		61	19	89.7	100.0		5	22	100.0	91.7(F)		14	93	93.3	92.1	
109	Arb.z. schwer	1=ja	3	4	33.3	33.3	1.00	3	1	33.3	50.0	.628										
		2=nein	6	8	66.7	66.7(F)		6	1	66.7	50.0 (F)											
110	Arb.m. befried.	1=ja	3	2	37.5	16.5	.296	3	1	37.5	50.0	.666										
		2=nein	5	10	62.5	83.5(F)		5	1	62.5	50.0 (F)											
111	nicht gen. verd.	1=ja	3	1	37.5	8.3	.153	3	0	37.5	.0	.466										
		2=nein	5	11	62.5	91.7(F)		5	2	62.5	100.0 (F)											
112	sonst.	1=ja	5	7	62.5	58.3	.612	5	1	62.5	50.0	.666										
		2=nein	3	11	37.5	41.7 (F)		3	1	37.5	50.0 (F)											
113	Dauer d.Arb.-l.	4-15 Wo.	3	5	100.0	62.5	.352	1	0	50.0	.0	.011										
		16-52 Wo.	0	3	.0	37.5 (F)		1	1	50.0	100.0 (F)											
114	Ber.-Beanspr.	1=geist.	5	0	62.5	.0	.007	5	0	62.5	.0	.011										
		2=körp.	0	4	.0	80.0 (F)		0	1	.0	100.0 (F)											
		3=beides	3	1	37.5	20.0		3	0	37.5	.0											
115	Ber.-Körperh.	1=sitzend	6	3	75.0	60.0	.550	6	1	75.0	100.0	.777										
		2=stehend	2	2	25.0	40.0 (F)		2	0	25.0	.0 (F)											
		3=laufend	0	0	.0	.0		0	0	.0	.0											

Nr.	Variagle	Skalen/ Polung	Gesamte Stichprobe der LVA-Kurpatienten BA Ja	BA Nein	BA Ja	BA Nein	p	Männliche Stichprobe der LVA-Kurpatienten BA Ja	BA Nein	BA Ja	BA Nein	p	Weibliche Stichprobe der LVA-Kurpatienten BA Ja	BA Nein	BA Ja	BA Nein	p	Gesamte Stichprobe der LVA-Kurpatienten And Sy	Ps Sy	And Sy	Ps Sy	p
116	Arb.-Zt.	1=std.weise	0	0	.0	.0	.385	0	0	.0	.0	.444										
		2=halbtags	0	1	.0	20.0	(F)	0	0	.0	.0	(F)										
		3=8St./T.	5	3	62.5	60.0		5	0	62.5	.0											
		4=üb.8St/T.	3	1	37.5	20.0		3	1	37.5	100.0											
117	Schicht	1=ja	0	1	.0	20.0	.384	0	0													
		2=nein	8	4	100.0	80.0	(F)	8	1													
119	Körp. äuß.Bel.	1=ja	1	3	12.5	60.0	.119	1	0	12.5	.0	.888										
		2=nein	7	2	87.5	40.0	(F)	7	1	87.5	100.0	(F)										
120	Netto-verd.	1=500 DM	0	1	.0	20.0	.011	0	0	.0	.0	.029										
		2=bis 1000	0	4	.0	80.0	(F)	0	1	.0	100.0	(F)										
		3=bis 1500	4	0	50.0	.0		4	0	50.0	.0											
		4=bis 2000	1	0	12.5	.0		1	0	12.5	.0											
		5=bis 3000	3	0	37.5	.0		3	0	37.5	.0											
121	Neb.-Tät.	1=ja	22	11	25.3	22.4	.871	19	6	23.7	24.0	.808	3	5	42.9	20.8	.496	4	30	22.2	25.2	.984
		2=nein	65	38	74.7	77.6		61	19	76.2	76.0		4	19	57.1	79.2		14	89	77.8	74.8	
122	Häufgk. d.Krank- m.l.6 Mon.	Anzahl 0	74	35	85.1	68.6	.043	67	18	87.7	72.0	.313	7	17	100.0	65.4	.189	17	93	94.4	76.9	.219
		1	11	11	12.6	21.6		11	5	13.3	20.0		0	6	.0	23.1		1	21	5.6	17.4	
		2	2	5	2.3	9.8		2	2	2.5	8.0		0	3	.0	11.5		0	7	.0	5.8	
123	Dauer d. Krank- m.l.6 Mon.	Anz. Wochen 0	72	36	82.8	70.6	.219	66	19	82.5	76.0	.312	6	17	85.7	65.4	.372	17	92	94.4	76.0	.904
		1	4	3	4.6	5.9		4	1	5.0	4.0		0	2	.0	7.7		1	6	5.6	5.0	
		2	6	6	6.9	11.8		6	3	7.5	12.0		0	3	.0	11.5		0	12	.0	9.9	
		3	1	2	1.1	3.9		1	0	1.3	.0		0	2	.0	7.7		0	3	.0	2.5	
		4	2	0	2.3	.0		2	0	2.5	.0		0	0	.0	.0		0	2	.0	1.7	
		6	0	2	.0	3.9		0	1	.0	4.0		0	1	.0	3.8		0	2	.0	1.8	
		7	1	0	1.1	.0		1	0	1.3	.0		0	0	.0	.0		0	1	.0	.8	
		12	1	0	1.1	.0		0	0	.0	.0		1	0	14.3	.0		0	1	.0	.8	
		16	0	1	.0	2.0		0	0	.0	.0		0	1	.0	3.8		0	1	.0	.8	
		28	0	1	.0	2.0		0	1	.0	4.0		0	0	.0	.0		0	1	.0	.8	
124	Häufigk. d. Krankenaufenth. 1.6 Mon.	Anzahl 0	85	47	97.7	92.2	.149	79	24	98.7	96.0	.968	6	23	85.6	88.5	.464	18	115	100.0	95.0	.627
		1	2	2	2.3	3.9		1	1	1.3	4.0		1	1	14.3	3.8		0	4	.0	3.3	
		2	0	2	.0	3.9		0	0	.0	.0		0	2	.0	7.7		0	2	.0	1.7	
125	Rent.-Antr.	1=ja	0	1	2.0	2.0	.770	0	0				0	1	.0	4.2	.505	0	1	.0	.8	.273
		2=nein	87	48	100.0	98.0		80	25				7	23	100.0	95.8		18	118	100.0	99.2	
128	St. Erhol./T.	Anzahl/T. 0	2	2	2.3	3.9	.034	2	2	2.5	8.0	.253	0	0	.0	.0	.577	1	3	5.6	2.5	.604
		1	23	23	26.4	45.1		19	8	23.7	32.0		4	15	57.1	57.7		8	38	44.4	31.4	
		2	42	12	48.3	23.5		39	7	48.7	28.0		3	5	42.9	19.2		5	49	27.8	40.5	
		3	8	10	9.2	19.6		8	6	10.0	24.0		0	4	.0	15.4		4	15	22.2	12.4	
		4	8	2	9.2	2.9		8	1	10.0	4.0		0	1	.0	3.8		0	10	.0	8.3	
		5	3	1	3.4	2.0		3	1	3.8	4.0		0	0	.0	.0		0	4	.0	3.3	
		6	0	1	.0	2.0		0	0	.0	.0		0	1	.0	3.8		0	1	.0	.8	
		8	1	0	1.1	.0		1	0	1.3	.0		0	0	.0	.0		0	1	.0	.8	
129	Überwieg. Freiz. Gest.	überwieg. 1=körp.Bet.	67	38	77.0	74.5	.870	64	20	80.0	80.0	.775	3	18	42.9	69.2	.352	15	92	83.3	75.2	.366
		2=sonst."	20	13	23.0	25.6		16	5	20.0	20.0		4	8	57.1	30.7		3	28	10.7	24.8	
130	St.körp. Bet./Wo.	1=bis2St.	14	9	16.1	17.6	.133	12	4	15.0	16.0	.533	2	5	28.6	19.2	.375	2	21	11.1	17.4	.240
		2=2-4 St.	28	17	32.2	33.3		24	9	30.0	36.0		4	8	57.1	30.8		9	36	50.0	29.8	
		3=5-7 St.	20	15	23.0	29.4		19	6	23.7	24.0		1	9	14.3	34.6		2	33	11.1	27.3	
		4=8-10St.	14	1	16.1	2.0		14	1	17.5	4.0		0	0	.0	.0		1	15	5.6	12.4	
		5=üb.10St.	11	9	12.6	17.6		11	5	13.7	20.0		0	4	.0	15.4		4	16	22.2	13.2	
131	Kaffee- bzw. Teekons./T.	Anzahl Tassen/T. 0	12	5	13.8	9.8	.768	12	3	15.0	12.0	.937	0	2	.0	7.7	.090	0	17	.0	14.0	.241
		1	18	10	20.7	19.6		17	5	21.0	20.0		1	5	14.3	19.2		7	21	38.9	17.4	
		2	24	19	27.6	37.3		23	10	28.7	40.0		1	9	14.3	34.6		6	38	33.3	31.4	
		3	16	10	18.4	19.6		15	4	18.8	16.0		1	6	14.3	23.1		2	24	11.1	19.8	
		4	9	4	10.3	7.8		5	2	6.3	8.0		4	2	57.1	7.7		2	11	11.1	9.1	
		5	3	0	3.4	.0		3	0	3.8	.0		0	0	.0	.0		1	2	5.6	1.7	
		6	4	3	4.6	5.9		4	1	5.0	4.0		0	2	.0	7.7		0	7	.0	5.8	
		>8	1	0	1.1	.0		1	0	1.3	.0							0	1	.0	.8	
132	Bierkons./Wo.	Anzahl l/Wo. 0	13	22	14.9	43.1	.007	10	6	12.5	24.0	.438	3	16	42.9	61.5	.048	3	32	16.7	26.4	.869
		1	13	10	14.9	19.6		13	3	16.2	12.0		0	7	.0	26.9		5	19	28.8	15.7	
		2	14	6	16.1	11.8		12	4	15.0	16.0		2	2	28.6	7.7		3	17	16.7	14.0	
		3	15	3	17.2	5.9		13	2	16.2	8.0		2	1	28.6	3.8		3	15	16.7	12.4	
		4	7	1	8.0	2.0		7	1	8.8	4.0							0	8	.0	6.6	
		5	7	1	8.0	2.0		7	1	8.8	4.0							1	7	5.6	5.8	
		6	8	1	9.2	2.0		8	1	10.0	4.0							2	7	11.1	5.8	
		7	3	3	3.4	5.9		3	3	3.8	12.0							1	5	5.6	4.1	
		>8	7	4	8.0	7.8		7	4	8.8	16.0							0	11	.0	9.1	
133	Kons. hochproz. Getr./Wo.	Anzahl Gläser/Wo. 0	64	41	74.4	80.4	.154	58	20	73.4	80.0	.154	6	21	85.7	80.8	.580	14	91	77.8	75.8	.271
		1-2	13	2	15.1	3.9		12	0	15.2	.0		1	2	14.3	7.7		4	11	22.2	9.2	
		3-4	6	7	7.0	13.7		6	4	7.6	16.0		0	3	.0	11.5		0	13	.0	10.8	
		5-6	2	0	2.3	.0		2	0	2.5	.0							0	2	.0	1.7	
		7-8	1	1	1.2	2.0		1	1	1.3	4.0							0	3	.0	2.5	

Fortsetzung Tabelle 23c:

Nr.	Variable	Skalen/ Polung	Gesamte Stichprobe der LVA-Kurpatienten BA Ja	BA Nein	BA Ja	BA Nein	p	Männliche Stichprobe der LVA-Kurpatienten BA Ja	BA Nein	BA Ja	BA Nein	p	Weibliche Stichprobe der LVA-Kurpatienten BA Ja	BA Nein	BA Ja	BA Nein	p	Gesamte Stichprobe der LVA-Kurpatienten And	Ps Sy	And	Ps Sy	p
134	Weinkons./ Wo.	0=0 1/Wo.	48	24	55.8	49.0	.153	43	15	54.4	60.0	.909	5	9	71.4	37.5	.121	9	64	50.0	54.2	.882
		1=0,5 1/Wo.	22	19	25.6	38.8		21	6	26.6	24.0		1	13	14.3	54.2		6	35	33.3	29.7	
		2=1 1/Wo.	14	3	16.3	6.1		13	3	16.5	12.0		1	0	14.3	.0		3	14	16.7	11.9	
		3=1,5 1/Wo.	0	1	.0	2.0		0	0	.0	.0		0	1	.0	4.2		0	1	.0	.8	
		4≥2 1/Wo.	2	2	2.3	4.1		2	1	2.5	4.0		0	1	.0	4.2		0	4	.0	3.4	
135	Rauch. wied.aufgen.	1=ja	3	1	5.0	2.5	.917	2	1	3.6	5.3	.715	1	0	20.0	.0	.192	0	4	.0	4.4	.916
		2=nein	57	39	95.0	97.5		53	18	96.4	94.7		4	21	80.0	100.0	(F)	11	86	100.0	95.6	(F)
136	Rauch. beg. Mon.	Nr.d. Mon. 6	1	0	33.3	.0	.135	1	0	50.0	.0	.223	0	0				0	1			
		7	2	0	66.7	.0		1	0	50.0	.0		1	0				0	2			
		8	0	1	.0	100.0		0	1	.0	100.0		0	0				0	1			
137	Rauch. beend.	1=ja	2	0	7.4	.0	.899	1	0	4.0	.0	.430	1	0	50.0	.0	.285	1	1	14.3	3.2	.805
		2=nein	25	11	92.6	100.0		24	6	96.0	100.0		1	5	50.0	100.0	(F)	6	30	85.7	96.8	(F)
138	Rauch. beend. Mon.	Nr.d. Mon. 7	1	0				0	0				1	0				0	1	.0	100.0	.500
		11	1	0				1	0				0	0				1	0	100.0	.0	(F)
139	Zigarett./ T.	Stück /T. 0-10	11	8	39.3	66.6	.055	10	4	38.4	57.2	.162	0	0	.0	.0	.524	4	15	66.6	44.0	.432
		11-20	13	2	46.4	16.7		12	1	46.2	14.3		1	4	50.0	80.0	(F)	2	13	33.4	38.2	
		21-30	4	2	14.3	16.7		4	2	15.4	28.6		1	1	50.0	20.0		0	6	.0	17.8	
143	Schlaftbl. 1.6 Mon.		77	48	88.5	94.1	.617	71	24	88.7	96.0	.338	6	24	85.7	92.3	.118	16	110	88.9	90.9	.702
			0	0	.0	.0		0	0	.0	.0		0	0	.0	.0		0	0	.0	.0	
			6	2	6.9	3.9		6	0	7.5	.0		0	2	.0	7.7		1	7	5.6	5.8	
			2	1	2.3	2.0		1	1	1.3	4.0		1	0	14.3	.0		1	2	5.6	1.7	
			2	0	2.3	.0		2	0	2.5	.0		0	0	.0	.0		0	2	.0	1.7	
144	Beruh.-tbl. 1.6 Mon.		65	34	74.7	66.7	.354	62	20	77.5	80.0	.647	3	14	42.9	53.8	.353	16	83	88.9	68.6	.361
			1	0	1.1	.0		1	0	1.3	.0		0	0	.0	.0		0	1	.0	.8	
			5	1	5.7	2.0		4	0	5.0	.0		1	1	14.3	3.8		0	6	.0	5.0	
			8	7	9.2	13.7		8	2	10.0	8.0		0	5	.0	19.2		0	16	.0	13.2	
			8	9	9.2	17.6		5	3	6.3	12.0		3	6	42.9	23.1		2	15	11.1	12.4	
145	Schmerztbl. 1.6 Mon.	0=nie	49	30	56.3	58.8	.441	46	16	57.5	64.0	.649	3	14	42.9	53.8	.570	12	68	66.7	56.2	.389
		1=etwa 2/6 Mon.	6	2	6.9	3.9		6	1	7.5	4.0		0	1	.0	3.8		0	8	.0	6.6	
			14	5	16.1	9.8		12	3	15.0	12.0		2	2	28.6	7.7		4	15	22.7	12.4	
		2=etwa 2/Mon.	16	10	18.4	19.6		14	3	17.5	12.0		2	7	28.6	26.9		2	24	11.1	19.8	
			2	4	2.3	7.8		2	2	2.5	8.0		0	2	.0	7.7		0	6	.0	5.0	
146	Aufputschtbl. 1.6 Mon.	3=etwa 2/Wo.	84	48	96.6	94.1	.258	77	25	96.2	100.0	.617	7	23	100.0	88.5	.641	16	117	88.9	96.7	.285
			1	0	1.1	.0		1	0	1.3	.0		0	0	.0	.0		0	1	.0	.8	
		4=fast tägl.	2	1	2.3	2.0		2	0	2.5	.0		0	1	.0	3.8		1	2	5.6	1.7	
			0	0	.0	.0		0	0	.0	.0		0	0	.0	.0		0	0	.0	.0	
			0	2	.0	3.9		0	0	.0	.0		0	2	.0	7.7		1	1	5.6	.8	
147	Abführtbl. 1.6 Mon.		79	41	90.8	80.4	.125	74	22	92.5	88.0	.279	5	19	71.4	73.1	.506	15	106	83.3	87.6	.381
			1	1	1.1	2.0		1	1	1.3	4.0		0	0	14.3	7.7		0	2	.0	1.7	
			1	3	1.1	5.9		0	1	.0	4.0		1	2	.0	.0		0	4	.0	3.3	
			4	1	4.6	2.0		3	0	3.8	.0		1	1	14.3	3.8		2	3	11.1	2.5	
			2	5	2.3	9.8		2	1	2.5	4.0		0	4	.0	15.4		1	6	5.6	5.0	
148	Sonst. Medik. 1.6 Mon.		62	29	71.3	56.9	.402	58	15	72.5	60.0	.463	4	14	57.1	53.8	.780	13	79	72.2	65.3	.749
			1	0	1.1	.0		1	0	1.3	.0		0	0	.0	.0		0	1	.0	.8	
			4	3	4.6	5.9		3	1	3.8	4.0		1	2	14.3	7.7		0	7	.0	5.8	
			7	7	8.0	13.7		6	5	7.5	20.0		1	2	14.3	7.7		1	13	5.6	10.7	
			13	12	14.9	23.5		12	4	15.0	16.0		1	8	14.3	30.8		4	21	22.2	17.4	
149	Hausarzt aufges. 1.6 Mon.	Anzahl 0	30	13	34.5	25.5	.132	29	7	36.2	28.0	.534	1	6	14.3	23.1	.135	7	37	38.9	30.6	.904
		1	26	5	29.9	9.8		23	5	28.7	20.0		3	0	42.9	.0		4	27	22.2	22.3	
		2	14	11	16.1	21.6		13	6	16.2	24.0		1	5	14.3	19.2		3	22	16.7	18.2	
		3	5	4	5.7	7.8		3	0	3.8	.0		2	4	28.6	15.4		1	8	5.6	6.6	
		4	3	7	3.4	13.7		3	2	1.3	8.0		0	5	.0	19.2		1	9	5.6	7.4	
		5	1	2	1.1	3.9		1	2	3.8	8.0		0	0	.0	.0		1	2	5.6	1.7	
		6	3	3	3.4	5.9		3	2	2.5	8.0		0	1	.0	3.8		0	6	.0	5.0	
		7	0	1	.0	2.0		0	0	.0	.0		0	1	.0	3.8		0	1	.0	.8	
		8	2	1	2.3	2.0		2	0	1.3	.0		0	1	.0	3.8		0	3	.0	2.5	
		10	1	1	1.1	2.0		1	0	1.3	.0		0	1	.0	3.8		0	2	.0	1.7	
		12	1	1	1.1	2.0		1	0	1.3	.0		0	1	.0	3.8		0	2	.0	1.7	
		14	1	1	1.1	2.0		1	1	1.3	4.0		0	0	.0	3.8		1	1	5.6	.8	
		25	0	1	.0	2.0							0	1	.0	3.8		0	1	.0	.8	
150	Facharzt aufges. 1.6 Mon.	Anzahl 0	70	34	81.4	66.7	.193	66	19	83.5	76.0	.193	4	15	57.1	57.5	.437	16	89	94.1	73.6	.776
		1	7	5	8.1	9.8		7	2	8.9	8.0		0	3	.0	11.5		0	12	.0	9.9	
		2	6	5	7.0	9.8		4	2	5.1	8.0		2	3	28.6	11.5		1	10	5.9	8.3	
		3	0	3	.0	5.9		0	1	.0	4.0		0	2	.0	7.7		0	3	.0	2.5	
		5	2	1	2.3	2.0		2	0	2.5	.0		0	1	.0	3.8		0	3	.0	2.5	
		10	1	1	1.2	2.0		0	1	.0	4.0		1	0	14.3	.0		0	2	.0	1.7	
		14	0	1	.0	2.0							0	1	.0	3.8		0	1	.0	.8	
		20	0	1	.0	2.0							0	1	.0	3.8		0	1	.0	.8	
151	Psychol. Psychiat. Soz.-Arb. aufges. 1. 6 Mon.	Anzahl 0	85	48	98.8	94.0	.256	78	25	98.7	100.0	.541	7	23	100.0	88.0	.121	17	116	100.0	96.7	.964
		1	1	0	1.2	.0		1	0	1.3	.0		0	0	.0	.0		0	1	.0	.8	
		3	0	1	.0	2.0		0	0	.0	.0		0	1	.0	4.0		0	1	.0	.8	
		5	0	1	.0	2.0		0	0	.0	.0		0	1	.0	4.0		0	1	.0	.8	
		10	0	1	.0	2.0		0	0	.0	.0		0	1	.0	4.0		0	1	.0	.8	
153	Beurt.Leb.-Führ.ges.	1=ja	74	42	85.1	82.4	.859	69	20	86.2	80.0	.660	5	22	71.4	84.6		15	101	83.3	83.5	.592
		2=nein	13	9	14.9	17.6		11	5	13.7	20.0		2	4	28.6	15.4		3	20	16.7	16.5	

Fortsetzung Tabelle 23c:

Nr.	Variable	Skalen/ Polung	Gesamte Stichprobe der LVA-Kurpatienten BA Ja	BA Nein	BA Ja	BA Nein	p	Männliche Stichprobe der LVA-Kurpatienten BA Ja	BA Nein	BA Ja	BA Nein	p	Weibliche Stichprobe der LVA-Kurpatienten BA Ja	BA Nein	BA Ja	BA Nein	p	Gesamte Stichprobe der LVA-Kurpatienten And Sy	Ps Sy	And	Ps Sy	p
154	Er. Fam. un- ang.	0=nicht vorg.	73	37	83.9	72.5	.701	66	21	82.5	84.0	.825	7	16	100.0	61.5	.425	15	96	83.3	79.4	.592
		1=erfreul.,	2	2	2.3	3.9		2	1	2.5	4.0		0	1	.0	3.8		0	4	.0	3.3	
		2 angen.	2	1	2.3	2.0		2	0	2.5	.0		0	1	.0	3.8		1	2	5.6	1.7	
		3	1	1	1.1	2.0		1	1	1.3	4.0		0	0	.0	.0		1	2	.0	1.7	
		4 ärgerl.,	2	2	2.3	3.9		2	0	2.5	.0		0	2	.0	7.7		1	3	5.6	2.4	
		5=unang.	7	8	8.0	15.7		7	2	8.8	8.0		0	6	.0	23.1		0	14	5.6	11.7	
155	Er. Fam. bel.	0=nicht vorg.	73	36	83.9	70.6	.190	66	84	82.5	84.0	.950	7	15	100.0	57.7	.217	15	96	83.3	79.4	.590
		1=nicht bel.	3	4	3.4	7.8		3	1	3.8	4.0		0	3	.0	11.5		0	3	.0	2.4	
		2	0	0	.0	.0		0	0	.0	.0		0	0	.0	.0		1	3	5.6	2.4	
		3	2	1	2.3	2.0		2	1	2.5	4.0		0	0	.0	.0		1	2	5.6	1.7	
		4	0	2	.0	3.9		0	0	.0	.0		0	2	.0	7.2		1	3	5.6	2.4	
		5=sehr bel.	9	8	10.3	15.7		9	2	11.2	8.0		0	6	.0	23.1		0	14	.0	11.7	
156	Er. Ber. un- ang.	0=nicht vorg.	80	45	92.0	88.2	.198	74	23	92.5	92.0	.819	6	22	85.7	84.6	.188	18	108	100.0	89.5	.233
		1=erfreul.,	0	2	.0	3.9		0	0	.0	.0		0	2	.0	7.7		0	2	.0	1.7	
		2 angen.	2	0	2.3	.0		2	0	2.5	.0		0	0	.0	.0		0	2	.0	1.7	
		3	3	1	3.4	2.0		2	1	2.5	4.0		1	0	14.3	.0		0	0	.0	.0	
		4 ärgerl.,	0	0	.0	.0		0	0	.0	.0		0	0	.0	.0		0	4	.0	3.4	
		5=unang.	2	3	2.3	5.9		2	1	2.5	4.0		0	2	.0	7.7		0	5	.0	5.5	
157	Er. Ber. bel.	0=nicht vorg.	80	45	92.0	88.2	.629	74	23	92.5	92.0	.926	6	22	85.7	84.6	.309	18	108	100.0	89.5	.234
		1=nicht bel.	0	1	.0	2.0		0	0	.0	.0		0	1	.0	3.8		0	2	.0	1.7	
		2	1	1	1.1	2.0		1	0	1.3	.0		0	1	.0	3.8		0	1	.0	.8	
		3	3	1	3.4	2.0		2	1	2.5	4.0		1	0	14.3	.0		0	1	.0	.8	
		4	0	0	.0	.0		0	0	.0	.0		0	0	.0	.0		0	4	.0	3.4	
		5=sehr bel.	3	3	3.4	5.9		2	1	3.8	4.0		0	2	.0	7.7		0	5	.0	5.5	
(154 — 163)	Besondere Ereignisse u. Veränderungen im halben Jahr nach d. Kur	0=keine Vorkommn.	58	32	66.7	62.7	.778	53	19	66.2	76.0	.503	5	13	71.4	50.0	.559	13	77	72.2	63.6	.655
		1=Vorkommn.	29	19	33.3	37.3		27	6	33.8	24.0		2	13	28.6	50.0		5	44	27.8	36.4	
	Kurgruppenzugehörigkeit	1"Rauhenbichl"	20	4	18.0	6.0	.007	20	4	20.4	12.5	.529	0	0	.0	.0		3	22	13.6	13.9	.005
		2"Kniebis"	25	23	22.5	34.3		18	9	18.4	28.1		7	14	53.8	40.0	.595	10	38	45.5	24.1	
		3"Kühberg"	37	13	33.3	19.4		37	13	37.8	40.6		0	0	.0	.0		9	41	40.9	25.9	
		4"Berghof"	29	27	26.1	40.3		23	6	23.5	18.8		6	21	46.2	60.0		0	57	.0	36.1	

Tab. 23d: Antwortverteilungen und Gruppenunterschiede (Chi-Quadrat) in ausgewählten Variablen des Anamnestischen Erhebungsbogens bei dem Gruppeneinteilungsfaktor der unterschiedlichen Berufstätigkeit (einfacher Arbeiter, Spezial- und Facharbeiter und beruflich Höhergestellte wie Vorarbeiter, Meister, Angestellte , Beamte , Selbständige) in bezug auf die gesamte und die männliche sowie - nun bei Aufteilung nach den drei Gruppen der einfachen Arbeiterinnen, der Facharbeiterinnen und der beruflich Höhergestellten sowie der Hausfrauen (und ohne Beruf) - in bezug auf die weibliche Stichprobe der LVA-Kurpatienten

Nr.	Variable	Skalen/ Polung	Aufteilung nach beruflicher Tätigkeit für gesamte Stichprobe der LVA-Kurpatienten absolute Häufigkeiten Einfache u. Arbeiter (Ar)	Spezialarb. u. Facharbeiter (Fa)	Vorarb. Meist. Ang. Beamt. Selbst. (Hö)	relative Häufigkeiten Einfache u. Arbeiter (Ar)	Spezialarb. u. Facharbeiter (Fa)	Vorarb. Meist. Ang. Beamt. Selbst. (Hö)	Chi-Quadrat p	Berufliche Tätigkeit Stichprobe der männlichen LVA-Kurpatienten absolute Häufigkeiten Einfache u. Arbeiter (Ar)	Spezialarb. u. Facharbeiter (Fa)	Vorarb. Meist. Ang. Beamt. Selbst. (Hö)	relative Häufigkeiten Einfache u. Arbeiter (Ar)	Spezialarb. u. Facharbeiter (Fa)	Vorarb. Meist. Ang. Beamt. Selbst. (Hö)	Chi-Quadrat p	Berufliche Tätigkeit Stichprobe der weiblichen LVA-Kurpatienten absolute Häufigkeiten H.-Arb. (Ha)	Einf. u. Arb. (Ar)	Spezialarb. u. Facharbeiter (Fa)	Vorarb. Meist. Ang. Beamt. Selbst. (Hö)	relative Häufigkeiten H.-Arb. (Ha)	Einf. u. Arb. (Ar)	Spezialarb. u. Facharbeiter (Fa)	Vorarb. Meist. Ang. Beamt. Selbst. (Hö)	Chi-Quadrat p
Anamnestischer Erhebungsbogen. Kuranfang, T1																									
2	Alt.-Gr.	1=30-40 J.	49	35	15	57.6	53.8	60.0	.337	23	32	14	48.9	52.5	63.6	.517	3	26	4	75.0	68.4	66.7	.924
		2=41-50 J.	36	30	10	42.4	46.2	40.0		24	3	8	51.1	47.5	36.4		1	12	2	25.0	31.6	33.3	
3	Geschl.	1=männl.	47	61	22	55.3	93.8	83.8	.000	47	61	22											
		2=weibl.	38	4	2	47.7	6.2	6.2									4	38	6				
4	Wohno.	1=Dorf	40	32	10	47.1	50.0	37.6	.714	23	30	9	48.9	50.0	40.9	.791	1	17	3	25.0	44.7	50.0	.919
		2=Kleinst.	24	17	9	28.2	26.6	41.6		13	16	9	27.7	26.7	40.9		1	11	1	25.0	28.9	16.6	
		3=Großst.	21	15	5	24.7	23.4	20.7		11	14	4	23.4	23.3	18.2		2	10	2	25.0	26.3	33.4	
5	Fam.-St.	1=alleinst.	15	9	3	17.6	13.8	14.2	.853	7	8	2	14.9	13.1	9.1	.800	1	8	2	25.0	21.1	33.3	.819
		2=verheir.	70	56	21	82.4	86.2	85.8		40	53	20	83.1	86.9	90.9		3	30	4	75.0	78.9	66.7	
6	Ehep. ber.-tät.	1=ja	46	28	10	65.7	49.1	50.0	.080	19	25	9	47.5	46.3	47.4	.992	2	27	4	100.0	90.0	100.0	.884
		2=nein	24	29	10	34.3	50.9	50.0		21	29	10	52.5	53.7	52.6		0	3	0	.0	10.0	.0	
7	Z.d. Ki.	Anzahl 0	12	12	4	14.3	18.5	16.6	.185	8	11	3	17.0	18.0	13.6	.646	1	4	2	33.3	10.8	33.3	.229
		1	49	41	12	58.3	63.1	50.0		28	38	11	59.6	62.3	50.0		0	21	4	.0	56.8	66.7	
		≥2	23	12	8	27.4	18.5	33.3		11	12	8	23.4	19.7	36.4		2	12	0	66.7	32.4	.0	
8	Nettoverd.	1=bis 500 DM	10	1	0	12.2	1.6	.0	.000	1	1	0	2.2	1.7	.0	.010	1	9	0	50.0	25.0	.0	.055
		2= " 1000 DM	25	1	2	30.5	1.6	8.4		6	0	1	13.0	.0	4.5		1	19	2	50.0	52.8	33.3	
		3= " 1500 DM	30	32	6	36.6	52.5	25.0		22	31	5	47.8	53.4	22.7		0	8	2	.0	22.2	33.3	
		4= " 2000 DM	14	22	10	17.1	36.1	41.6		14	22	10	30.4	37.9	45.5		0	0	0	.0	.0	.0	
		5= " 3000 DM	3	5	6	3.7	8.2	25.0		3	4	6	6.5	6.9	27.3		0	0	2	.0	.0	33.3	

Fortsetzung Tab. 23d:

Nr.	Variable	Skalen/ Polung	Gesamte Stichprobe der LVA-Kurpatienten							Männliche Stichprobe der LVA-Kurpatienten							Weibliche Stichprobe der LVA-Kurpatienten						
			Ar	Fa	Hö	Ar	Fa	Hö	p	Ar	Fa	Hö	Ar	Fa	Hö	p	Ha	Ar	Hö	Ha	Ar	Hö	p
9	Volks-sch.	1=mit Abschl. 2=ohne "	71 13	60 5	22 2	84.5 15.5	92.3 7.7	91.6 8.4	.072	37 9	56 5	21 1	80.4 19.6	91.8 8.2	95.5 4.5	.101	2 2	34 4	35 1	50.0 50.0	89.5 10.5	83.3 16.7	.065
15	Abg. Ber.-Ausb.	1=ja 2=nein	32 53	56 9	21 3	37.6 62.4	86.2 13.8	87.6 12.6	.000	24 23	54 7	20 2	51.1 48.9	88.5 11.5	90.9 9.1	.000	2 2	8 30	3 3	50.0 50.0	21.1 78.9	50.0 50.0	.339
16	Ber.-Tät. (später Auf-teil. nur nach 1,2 3-8= Be-rufl. Höherg., 9-12)	1=Einf.Arb. 2=Spez.-u. Facharb. 3=Vorarb. 4=Meist., 5=Beamt., Angest. 6=Höh.Beamt. Leit.Ang. 8=Selbst. 9=Hausfrau 12=o.Ber.	85 0 0	0 65 0	0 0 24	100.0 .0 .0	.0 100.0 100.0	.0 .0 .0	.000	47 0 0	0 61 0	0 0 22	100.0 .0 .0	.0 100.0 .0	.0 .0 100.0	.000	0 0 0 4	0 38 0 0	0 0 6 0	.0 .0 .0 100.0	.0 100.0 .0 .0	.0 .0 100.0 .0	.000
17	Z.bish. Arb.-Pl.	An-zahl 1-3 4-20	48 37	33 32	18 6	56.5 43.5	50.7 49.3	25.0 75.0	.060	22 25	31 30	15 7	46.8 53.2	50.8 49.2	68.1 31.9	.123	2 2	26 20	3 3	50.0 50.0	68.4 31.6	50.0 50.0	.674
18	Arb.z. schwer	1=ja 2=nein	30 46	22 37	9 13	39.5 60.5	37.3 62.7	40.9 59.1	.588	19 24	21 34	6 11	44.2 55.8	38.2 61.8	35.3 64.7	.761	3 1	11 22	2 4	75.0 25.0	33.3 66.7	33.3 66.7	.384
19	Arb. nicht befried.	1=ja 2=nein	35 41	26 33	12 10	46.1 53.9	44.1 55.9	54.6 45.4	.230	22 21	25 30	10 7	51.2 48.8	45.5 54.5	58.8 41.2	.607	2 2	13 20	2 4	50.0 50.0	39.4 60.6	33.3 66.7	.889
20	nicht gen. verd.	1=ja 2=nein	44 29	44 14	16 3	60.3 39.7	75.9 24.1	84.2 15.8	.065	32 9	43 11	14 3	78.0 22.0	79.6 20.4	82.4 17.6	.933	1 3	12 20	3 3	25.0 75.0	37.5 62.5	50.0 50.0	.279
21	ent-lass.	1=ja 2=nein	26 47	16 39	8 10	35.6 64.4	29.1 70.1	45.5 55.5	.695	17 25	15 36	8 8	40.5 59.5	29.4 70.6	50.0 50.0	.267	0 4	9 22	1 5	.0 100.0	29.0 71.0	16.7 83.3	.513
22	Ber.-Tät. vor Kur	1=ja 2=nein	75 10	59 6	21 2	88.2 11.8	90.8 9.2	8.7 91.3	.003	43 4	56 5	20 2	91.5 8.5	91.8 8.2	90.9 9.1	.992	1 3	32 6	4 2	25.0 75.0	84.2 15.8	66.7 33.3	.045
23	Krank-m.vor Kur	1=ja 2=nein	5 4	3 3	2 1	55.6 44.4	50.0 50.0	66.6 33.4 (F)	.570	1 2	3 2	1 1	33.3 66.7	60.0 40.0	50.0 50.0	.766		4 2	1 1		66.7 33.3	50.0 50.0	.315
24	Dauer Krank-m.	An-zahl 3-10 11-36 Wochen	0 4	2 1	0 1	.0 100.0	66.6 33.4	.0 100.0	.261	1 0	2 1	1 0	100.0 .0	66.7 33.3	100.0 .0	.125		1 2	1 0		33.3 66.7	100.0 .0 (F)	.252
25	Arb.l. vor Kur	1=ja 2=nein	7 3	3 2	1 1	70.0 30.0	60.0 40.0	50.0 50.0	.466	3 1	2 2	1 0	75.0 25.0	50.0 50.0	100.0 .0	.570		4 2	1 1		66.7 33.3	50.0 50.0	.320
26	Dauer Arb.l.	1-6 Wochen 7-52 "	3 5	1 2	1 0	37.5 62.5	33.3 66.7	100.0 .0	.955	2 1	1 1	1 0	75.0 25.0	50.0 50.0	100.0 .0	.570		1 4	0 1		20.0 80.0	.0	.112
27	Ber.-Be-anspr.	1=geist. 2=körp. 3=beides	1 56 23	5 21 39	5 1 7	1.3 70.0 28.7	7.7 32.3 60.0	38.4 7.7 53.9	.000	0 28 19	5 18 38	6 2 14	.0 59.6 40.4	8.2 29.5 62.3	27.3 9.1 63.6	.000	0 2 1	1 28 4	0 4 2	.0 66.7 33.3	3.0 84.8 12.1	.0 66.7 33.3	.799
28	Ber. Kör-perh.	1=sitzend 2=stehend 3=laufend	35 29 20	14 41 9	7 13 1	41.7 34.5 23.8	21.9 64.1 14.1	33.3 61.8 4.9	.002	19 17 11	11 40 9	7 12 2	40.4 36.2 23.4	18.3 66.7 15.0	33.3 57.1 9.5	.025	1 0 2	16 12 9	3 2 1	33.3 .0 66.7	43.2 32.4 24.3	50.0 33.3 16.7	.367
29	Arb.-Zt.	1=stundenw. 2=halbtags 3=8St./T. 4=üb.8St./T.	2 5 53 22	1 0 46 17	0 1 11 11	2.4 6.1 64.6 26.8	1.6 .0 71.9 26.6	.0 14.4 47.8 47.8	.279	0 0 27 30	1 0 43 16	0 1 10 10	.0 .0 57.4 42.6	1.7 .0 71.7 26.7	.0 4.8 47.6 47.6	.095	0 0 1 2	2 5 26 2	0 0 4 2	.0 .0 33.3 66.7	5.7 14.3 74.3 5.7	.0 .0 66.6 33.3	.176
30	Schicht	1=ja 2=nein	13 72	16 49	5 13	15.3 84.7	24.6 75.4	27.7 72.3	.495	7 40	15 46	4 18	14.9 85.1	24.6 75.4	18.2 81.8	.446	0 1	6 32	2 4	.0 100.0	15.8 84.2	33.3 66.7	.580
31	Art d. Schicht	1=Frühsch. 2=Spätsch. 3=Nachtsch. 4=Früh-u. Spätsch. 5=Früh-, Spät-u. Nachtsch.	1 3 2 2 5	3 2 1 1 8	0 1 1 0 3	7.7 23.1 15.4 15.4 38.5	20.0 13.3 6.7 6.7 53.3	.0 20.0 20.0 .0 60.0	.338	0 1 0 1 5	3 2 0 1 8	0 1 0 0 3	.0 14.3 .0 14.3 71.4	21.4 14.3 .0 7.1 57.1	.0 25.0 .0 .0 75.0	.742		1 2 2 1 0	0 0 2 0 0		16.7 33.3 33.3 16.7 .0	.0 .0 100.0 .0 .0	.849
32	Körp. äuß. Bel.	1=ja 2=nein	73 12	47 17	17 7	85.9 14.1	73.4 26.6	70.9	.262	44 3	44 16	16 6	93.6 6.4	73.3 26.7	72.7 27.3	.018	2 2	29 9	4 2	50.0 50.0	76.3 23.7	66.7 33.3	.609
33	Neb.-Tät.	1=ja 2=nein	19 65	16 49	8 16	22.6 77.4	24.6 75.4	33.3 66.7	.651	10 27	15 46	8 14	21.3 78.7	24.6 75.4	36.4 63.6	.399	0 4	9 28	1 5	.0 100.0	24.3 75.7	16.7 83.3	.602

Nr.	Variable	Skalen/ Polung	Gesamte Stichprobe der LVA-Kurpatienten							Männliche Stichprobe der LVA-Kurpatienten							Weibliche Stichprobe der LVA-Kurpatienten						
			Ar	Fa	Hö	Ar	Fa	Hö	p	Ar	Fa	Hö	Ar	Fa	Hö	p	Ha	Ar	Hö	Ha	Ar	Hö	p
34	Z.d.z. Erhol. gen. Url.-T.	Anzahl Tage 0-7	24	13	3	29.6	20.0	14.2	.980	15	12	3	31.9	19.6	13.6	.202	0	9	0	.0	26.4		.0.922
		8-14	26	16	13	32.0	24.7	51.8		14	15	12	29.8	24.6	54.5		2	12	2	66.7	35.4	33.3	
		15-21	10	16	4	12.2	24.5	16.6		7	16	4	14.8	26.2	18.2		1	3	0	33.3	8.8	.0	
		22-28	9	12	2	11.2	18.4	8.3		5	11	2	10.6	18.0	9.1		0	4	2	.0	11.8	33.3	
		29-35	11	6	1	13.5	9.2	4.2		5	5	0	10.6	8.2	.0		0	6	2	.0	17.6	33.3	
		36-42	1	2	1	1.5	1.2	4.2		1	2	1	2.3	3.3	4.5		0	0	0	.0	.0	.0	
35	Abs. Rent. Antr.	1=ja	3	2	0	3.5	3.1	.0	.997	1	2	0	2.1	3.3	.0	.797	0	2	0	.0	5.3	.0	.990
		2=nein	79	58	23	92.5	89.2	95.9		44	54	21	93.6	88.5	95.5		4	35	6	100.0	92.1	100.0	
		3=unentschieden	3	5	1	3.5	7.7	4.1		2	5	1	4.3	8.2	4.5		0	1	0	.0	2.6	.0	
36	Häufigk. d. Krankm. 1.2 J.	Anzahl 0	13	8	3	15.3	12.3	12.5	.982	8	8	3	17.0	13.1	13.6	.934	1	5	0	25.0	13.2		.0.363
		1	26	18	6	30.6	27.7	25.0		14	17	6	29.8	27.9	27.3		2	12	1	50.0	31.6	25.0	
		2	20	19	7	23.5	29.2	29.2		10	18	6	21.3	29.5	27.3		0	10	1	.0	26.3	25.0	
		3	9	11	2	10.6	16.2	8.3		6	11	2	12.8	18.0	9.1		1	3	0	25.0	7.9	.0	
		4	11	5	4	12.9	7.7	16.6		5	4	3	10.6	6.6	13.6		0	6	1	.0	15.8	25.0	
		5	4	2	1	4.7	3.1	4.2		2	2	1	4.3	3.3	4.5		0	2	0	.0	5.3	.0	
		6	1	0	1	1.2	.0	4.2		1	0	1	2.1	.0	4.5		0	0	0	.0	.0	.0	
		7	0	0	0	.0	.0	.0		0	0	0	.0	.0	.0		0	0	0	.0	.0	.0	
		8	0	1	0	.0	1.5	.0		0	1	0	.0	1.6	.0		0	0	0	.0	.0	.0	
		9	1	0	0	1.2	.0	.0		1	0	0	2.1	.0	.0		0	0	0	.0	.0	.0	
		10	0	1	0	.0	1.5	.0		0	0	0	.0	.0	.0		0	0	1	.0	.0	25.0	
37	Dauer d. Krankm. 1.2J.	Anzahl Wochen 0-3	37	30	7	43.0	46.2	29.2	.842	23	25	7	49.0	41.0	31.8	.277	1	14	1	25.0	36.9	16.6	.680
		4-7	19	15	9	22.5	25.1	37.5		11	14	8	23.4	22.9	36.4		1	8	2	25.0	21.1	33.3	
		8-11	14	8	2	22.4	9.3	8.3		7	8	2	14.9	13.1	9.1		1	7	0	25.0	18.5	.0	
		12-15	8	6	3	9.5	9.2	12.5		4	6	3	8.5	9.9	13.6		1	4	0	25.0	10.5	.0	
		16-19	2	2	1	2.4	3.1	4.2		1	1	1	2.1	1.6	4.5		0	1	1	.0	2.6	16.6	
		20-23	2	2	1	2.4	3.1	4.2		0	1	1	.0	1.6	4.5		0	2	2	.0	5.3	33.4	
		24-27	1	1	0	.0	1.5	.0		0	1	0	.0	1.6	.0		0	0	0	.0	.0	.0	
		28-31	0	0	0	1.2	.0	.0		1	0	0	2.1	.0	.0		0	0	0	.0	.0	.0	
		32.35	0	0	0	.0	.0	.0		0	1	0	.0	1.6	.0		0	0	0	.0	.0	.0	
		38-50	0	0	0	1.2	.0	.0		0	0	0	.0	.0	.0		0	2	0	.0	5.3	.0	
38	Volksch. Vater	1=mit Abschl.	64	57	24	80.0	89.1	100.0	.096	35	53	22	83.3	88.3	100.0	.134	3	29	6	75.0	76.3	100.0	.613
		2=ohne "	16	7	0	20.0	10.9	.0		7	7	0	16.7	11.7	.0		1	9	0	25.0	23.7	.0	
44	Abg. Ber.-Ausb. Vater	1=ja	41	38	16	48.2	58.5	66.7	.443	24	35	15	51.5	57.4	68.2	.406	4	17	4	100.0	44.7	66.7	.148
		2=nein	44	27	8	51.8	41.5	33.3		23	26	7	48.5	42.6	31.8		0	21	2	.0	55.3	33.3	
45	Zahl d. Geschw.	Anzahl 0	19	7	1	22.9	10.8	4.2	.139	9	7	1	19.6	11.5	4.5	.654	2	10	0	50.0	27.0		.0.732
		1	15	18	8	18.1	27.7	33.3		7	17	6	15.2	27.9	27.3		1	8	3	25.0	21.6	50.0	
		2	10	12	3	12.0	18.5	12.5		7	12	3	15.2	19.7	13.6		0	3	0	.0	8.1	.0	
		3	16	7	4	19.3	10.8	16.7		9	6	4	19.6	9.8	18.2		0	7	1	.0	18.9	16.6	
		4	6	8	4	7.2	12.3	16.6		4	6	4	8.7	9.8	18.2		0	2	2	.0	5.4	33.4	
		5	3	5	2	3.6	7.7	8.3		2	5	2	4.3	8.2	9.1		0	1	0	.0	2.7	.0	
		6	4	2	0	4.8	3.1	.0		2	2	0	4.3	3.3	.0		1	2	0	25.0	5.4	.0	
		7	4	4	1	4.8	6.2	4.2		3	4	1	6.5	6.6	4.5		0	1	0	.0	2.7	.0	
		8	5	1	0	6.0	1.5	.0		3	1	0	6.5	1.6	.0		0	2	0	.0	5.4	.0	
		9	1	1	1	1.2	1.5	4.2		10	1	1	.0	1.6	4.5		0	1	0	.0	2.7	.0	
46	Aufgew. Fam.	1=ja	72	64	24	84.7	98.5	100.0	.084	38	60	22	80.9	98.4	100.0	.001	3	34	6	75.0	89.5	100.0	.657
		2=nein	13	1	0	15.3	11.5	.0		9	1	0	19.1	1.6	.0		1	4	0	25.0	10.5	.0	
47	Aufgew. o.Vater	1=ja	25	10	6	29.8	15.4	25.0	.058	14	7	5	29.8	11.5	23.8	.057	3	11	4	75.0	29.7	66.7	.120
		2=nein	59	55	18	70.2	84.6	75.0		33	54	16	70.2	88.5	76.2		1	26	2	25.0	70.3	33.4	
48	Aufgew. o.Mutt.	1=ja	14	2	0	16.5	3.1	.0	.182	9	2	0	19.1	3.3	.0	.004	0	5	0	.0	13.2		.0.689
		2=nein	71	63	24	83.5	96.9	100.0		38	59	22	80.9	96.7	100.0		4	33	6	100.0	86.8	100.0	
49	Unehel.	1=ja	7	1	0	8.3	1.6	.0	.284	6	1	0	12.8	1.7	.0	.020	1	1	0	25.0	2.7		.0.194
		2=nein	77	63	24	91.7	98.4	100.0		41	59	22	87.2	98.3	100.0		3	36	6	75.0	97.3	100.0	
50	Aufgew. o.Elt.	1=ja	9	1	0	10.7	1.6	.0	.220	6	1	0	13.0	1.7	.0	.018	1	3	0	25.0	7.9		.0.570
		2=nein	75	63	24	89.3	98.4	100.0		40	59	22	87.0	98.3	100.0		3	35	6	75.0	92.1	100.0	
51	Aufgew. b.Verw.	1=ja	19	1	0	22.4	1.5	.0	.009	12	1	0	25.5	1.6	.0	.000	1	7	0	25.0	18.4		.0.688
		2=nein	66	64	24	77.6	98.5	100.0		35	60	22	74.5	98.4	100.0		3	31	6	75.0	81.6	100.0	
52	Aufgew. Heim	1=ja	3	1	0	3.7	1.5	.0	.187	0	1	0	.0	1.6	.0	.579	1	3	0	25.0	7.9		.0.570
		2=nein	79	64	24	96.3	98.5	100.0		44	60	22	100.0	98.4	100.0		3	35	6	75.0	92.1	100.0	
53	Wo auf-gew.	1=Dorf	66	39	15	78.6	60.9	62.5	.130	37	37	13	78.7	61.7	59.1	.347	3	29	4	75.0	78.4	66.7	.589
		2=Kleinst.	11	16	6	13.1	25.0	25.0		6	14	6	12.8	23.3	27.3		1	5	2	25.0	13.5	33.3	
		3=Großst.	7	9	3	8.3	14.1	12.5		4	9	3	8.5	15.0	13.6		0	3	0	.0	8.1	.0	
54	St. Erhol./T.	Anzahl St./T. 0	17	8	4	20.0	13.1	16.6	.745	6	8	4	12.8	14.0	18.2	.381	0	11	0	.0	28.9		.0.079
		1	23	7	8	27.0	11.5	33.3		13	6	8	27.7	10.5	36.4		1	10	1	25.0	26.3	16.6	
		2	22	19	6	26.0	31.1	25.0		10	17	5	21.3	29.8	22.7		1	12	3	25.0	31.6	66.7	
		3	15	18	3	17.6	29.5	12.5		13	17	3	27.7	29.8	13.6		2	2	1	50.0	5.3	16.6	
		4	4	7	2	4.7	11.5	8.3		3	7	1	6.4	12.3	4.5		0	1	0	.0	2.6	.0	
		5	4	2	1	4.7	3.3	4.2		2	2	1	4.3	3.5	4.5		0	2	0	.0	5.3	.0	
55	Überwieg. Freiz.-Gest.	1=überwieg. durch körperl.,	48	46	15	57.1	73.0	62.5	.005	34	45	15	72.3	76.3	68.2	.747	1	14	1	25.0	37.8	16.6	.668
		2=überwieg. d.sonst. Bet.	36	17	9	42.9	27.0	37.5		13	14	7	27.7	23.7	31.8		3	23	5	75.0	62.2	83.4	

Fortsetzung Tab. 23d:

Nr.	Variable	Skalen/ Polung		Gesamte Stichprobe der LVA-Kurpatienten							Männliche Stichprobe der LVA-Kurpatienten							Weibliche Stichprobe der LVA-Kurpatienten						
				Ar	Fa	Hö	Ar	Fa	Hö	p	Ar	Fa	Hö	Ar	Fa	Hö	p	Ha	Ar	Hö	Ha	Ar	Hö	p
56	Erhol.- Gef.n. Wochene.	1=ja		45	44	12	52.9	68.8	50.0	.320	28	42	14	59.6	70.0	63.6	.525	2	17	3	50.0	44.7	50.0	.993
		2=nein		40	22	22	47.1	31.3	50.0		19	18	8	40.4	30.0	36.4		2	21	3	50.0	55.3	50.0	
57	Erhol.- Gef.n. Url.	1=ja		57	52	17	67.1	81.3	60.8	.120	32	50	16	68.1	83.3	72.7	.173	3	25	3	75.0	65.8	50.0	.856
		2=nein		28	12	7	32.9	18.8	29.2		15	10	6	31.9	16.7	27.3		1	13	3	25.0	34.2	50.0	
59	Morg. aus- geschl.	1=ja		43	34	10	50.6	52.3	41.7	.860	29	33	10	61.7	54,1	47.6	.520	2	14	1	50.0	36.8	16.6	.639
		2=nein		42	31	14	49.4	47.7	58.3		18	28	11	38.3	45.9	52.4		2	24	5	50.0	63.2	83.4	
60	Schlaf- stör.	1=ja		46	38	16	54.1	58.6	66.7	.319	21	36	14	44.7	59.0	63.6	.215	1	25	4	25.0	65.8	66.7	.257
		2=nein		39	27	8	45.9	41.5	33.3		26	25	8	55.3	41.0	36.4		3	13	2	75.0	34.2	33.3	
61	Warme Mahlz.	1=ja		75	59	23	88.2	90.8	95.8	.845	37	56	21	78.7	91.8	95.5	.058	4	38	4				
		2=nein		10	6	1	11.8	9.2	4.2		10	5	1	21.3	8.2	4.5		0	0	1				
62	Kaffee- bzw. Tee- kons./ T.	Anzahl Tassen/ T.	0	21	14	6	24.7	21.5	25.0	.202	13	13	6	27.7	21.3	27.3	.546	1	8	1	25.0	21.1	16.6	.075
			1	10	14	8	11.8	21.5	33.3		7	14	6	14.9	23.0	27.3		1	3	2	25.0	7.9	33.4	
			2	30	21	2	35.3	32.3	8.3		15	21	2	31.9	34.4	9.1		0	15	0	.0	39.5	.0	
			3	10	3	2	11.8	4.6	8.3		6	3	2	12.8	4.9	9.1		1	4	0	25.0	10.5	.0	
			4	6	5	2	7.1	7.7	8.3		2	4	2	4.3	6.6	9.1		1	4	1	25.0	10.5	16.6	
			5	2	2	0	2.4	3.1	.0		0	0	0	.0	.0	.0		0	2	2	.0	5.3	33.4	
			6	1	1	2	1.2	1.5	8.4		1	1	2	2.1	9.1	9.1		0	0	0	.0	.0	.0	
			7	2	2	0	4.2	3.1	.0		1	2	0	2.1	.0	.0		0	1	0	.0	2.6	.0	
			≥8	3	3	2	3.5	4.6	8.4		2	3	2	4.3	9.1	9.1		0	1	0	.0	2.6	.0	
63	Bier- kons./ Wo.	Anzahl 1/Wo.	0	27	10	4	32.1	15.4	16.4	.063	6	9	3	12.8	14.8	14.3	.050	2	21	2	50.0	56.8	33.4	.313
			1	10	3	2	11.9	4.6	8.3		6	1	2	12.8	1.6	9.5		0	4	2	.0	10.8	33.4	
			2	4	6	2	4.8	9.2	8.3		1	5	2	2.1	8.2	9.5		1	3	1	25.0	8.1	16.6	
			3	2	7	1	2.4	10.8	4.2		0	7	1	.0	11.5	4.8		0	2	0	.0	5.4	.0	
			4	10	8	0	11.9	12.3	.0		5	8	0	10.6	13.1	.0		1	5	0	25.0	13.5	.0	
			5	1	5	0	1.2	7.7	.0		1	5	0	2.1	8.2	.0		0	0	0	.0	.0	.0	
			6	4	8	3	4.8	12.3	12.5		4	8	3	8.5	13.1	14.3		0	0	0	.0	.0	.0	
			7	8	3	6	9.5	4.6	25.0		7	3	5	14.9	4.9	23.8		0	1	1	.0	2.7	16.6	
			≥8	18	15	5	21.4	23.1	20.9		17	15	5	36.2	24.6	23.8		0	1	0	.0	2.7	.0	
64	Wein- kons./ Wo.	An- zahl 1/ Wo.	0=0	45	31	13	52.9	47.7	54.1	.945	24	29	12	51.1	47.5	54.5	.317	3	21	3	75.0	55.3	50.0	.999
			1=0,5	21	15	8	24.7	23.1	33.3		11	14	7	23.4	23.0	31.8		1	10	2	25.0	26.3	33.4	
			2=1,0	10	14	1	11.8	21.5	4.2		6	13	1	12.8	21.3	4.5		0	4	1	.0	10.5	16.6	
			3=1,5	5	0	1	5.9	.0	4.2		4	0	1	8.5	.0	4.5		0	1	0	.0	2.6	.0	
			4=2,0	1	2	0	1.2	3.1	.0		0	2	0	.0	3.3	.0		0	1	0	.0	2.6	.0	
			5=2,5	0	2	0	.0	3.1	.0		0	2	0	.0	3.3	.0		0	0	0	.0	.0	.0	
			6=3,0	1	0	0	1.2	.0	.0		0	0	0	.0	.0	.0		0	1	0	.0	2.6	.0	
			7=3,5	1	1	1	1.2	1.5	4.2		1	1	1	2.1	1.6	4.5		0	0	0	.0	.0	.0	
			8≥4,0	1	0	0	1.2	.0	.0		1	0	0	2.1	.0	.0		0	0	0	.0	.0	.0	
65	Kons. hoch- proz. Getr./ Wo.	Anzahl Gl./ Wo.	0	63	48	16	74.1	73.8	66.6	.004	33	46	14	70.2	75.4	66.7	.370	4	30	3	100.0	78.9	50.0	.227
			2	14	12	4	16.5	18.5	16.6		8	11	4	17.0	18.0	19.0		0	6	1	.0	15.8	25.0	
			4	6	5	2	7.1	7.7	8.3		5	4	1	10.6	6.6	4.8		0	1	2	.0	2.6	25.0	
			8	1	0	1	1.2	.0	4.2		0	0	0	.0	.0	.0		0	0	0	.0	.0	.0	
			12	1	0	0	1.2	.0	.0		1	0	1	2.1	.0	4.8		0	1	0	.0	2.6	.0	
			≥16	0	0	1	.0	.0	4.2		0	0	1	.0	.0	4.8		0	0	0	.0	.0	.0	
66	Rauch.	1=ja		26	21	10	30.6	32.3	41.6	.224	18	19	10	38.3	31.3	45.5	.239	1	8	2	25.0	21.1	33.3	.112
		2=nicht mehr		11	16	7	12.9	24.6	19.2		7	14	7	14.9	23.0	31.8		0	4	2	.0	10.5	33.3	
		3=noch nie		48	28	7	56.6	43.1	19.2		22	28	5	46.8	45.9	22.7		3	26	2	75.0	68.4	33.3	
67	J. Rauch.	An- zahl Jah- re	0-4	1	0	1	3.8	.0	.0	.108	1	0	1	5.6	.0	10.0	.328	1	0	0	100.0	.0	.0	.232
			5-8	0	1	0	.0	4.8	11.1		0	1	0	.0	5.3	.0		0	0	0	.0	.0	.0	
			9-12	3	5	1	11.5	23.8	11.1		1	4	1	5.6	21.2	10.0		0	2	1	.0	25.0	50.0	
			13-16	2	3	2	7.7	14.3	22.2		0	3	2	.0	15.8	20.0		0	2	0	.0	25.0	.0	
			17-20	6	5	2	23.0	23.8	22.7		4	5	2	22.3	26.4	20.0		0	2	0	.0	25.0	.0	
			21-24	5	3	3	19.2	14.3	33.3		3	2	3	16.7	10.6	30.0		0	2	1	.0	25.0	50.0	
			25-28	7	1	0	26.8	4.8	.0		5	1	1	27.8	5.3	10.0		0	0	0	.0	.0	.0	
			29-32	4	3	0	15.4	14.3	.0		4	3	0	22.3	15.8	.0		0	0	0	.0	.0	.0	
68	Rauch. auf- geh.	An- zahl Jah- re	0-4	3	7	4	30.0	43.9	57.1	.004	3	5	4	50.0	42.7	57.2	.252		0	1		.0	50.0	.449
			5-8	4	2	1	40.0	12.5	14.2		2	2	1	33.3	14.3	14.3			2	0		50.0	.0	
			9-12	3	2	1	30.0	12.5	14.2		1	1	1	16.7	7.1	14.3			2	1		50.0	50.0	
			13-16	0	3	0	.0	18.8	.0		0	3	0	.0	21.4	.0			0	0		.0	.0	
			17-20	0	1	0	.0	6.3	.0		0	1	0	.0	7.1	.0			0	0		.0	.0	
			21-25	0	1	1	.0	6.3	14.2		0	1	1	.0	7.1	14.3			0	0		.0	.0	
69	J. ger.	An- zahl Jah- re	1-4	3	3	2	30.0	18.8	33.3	.038	0	1	2	.0	7.1	33.4	.174		1	1		25.0	50.0	.682
			5-8	1	2	0	10.0	12.5	.0		2	4	0	33.3	28.6	.0			1	0		25.0	.0	
			9-12	2	2	0	20.0	12.5	.0		2	2	0	33.3	14.3	.0			0	0		.0	.0	
			13-16	1	1	0	10.0	6.3	.0		0	1	0	.0	7.1	.0			1	0		25.0	.0	
			17-20	3	4	2	30.0	25.0	33.3		2	3	2	33.3	21.4	33.3			1	1		25.0	50.0	
			21-24	0	0	0	.0	.0	.0		0	0	0	.0	.0	.0			0	0		.0	.0	
			25-28	0	2	0	.0	12.5	.0		0	3	0	.0	21.4	.0			0	0		.0	.0	
			29-32	0	0	2	.0	.0	33.3		0	0	2	.0	.0	33.3			0	0		.0	.0	
70	Ziga- rett./ T.	Stück/ T.	1-10	16	6	6	44.6	18.2	35.2	.298	10	5	6	41.6	16.6	25.0	.234	1	6	1	100.0	50.0	33.3	.308
			11-20	10	18	4	28.0	54.5	23.5		5	17	4	20.8	56.6	23.4		0	5	1	.0	41.6	33.3	
			21-30	5	2	3	13.9	6.0	17.6		5	2	3	20.8	6.7	17.6		0	0	0	.0	.0	.0	
			31-40	1	4	2	2.8	12.1	11.7		2	4	2	8.4	13.3	11.8		0	0	0	.0	.0	.0	
			41-50	2	3	1	5.6	9.1	5.8		2	2	1	8.3	6.7	5.9		0	0	1	.0	.0	33.3	
			51-60	0	0	0	.0	.0	.0		0	0	0	.0	.0	.0		0	0	0	.0	.0	.0	
			61-70	2	0	0	5.6	.0	.0		0	0	1	.0	.0	5.9		0	1	0	.0	8.3	.0	

Nr.	Variable	Skalen/ Polung		Gesamte Stichprobe der LVA-Kurpatienten							Männliche Stichprobe der LVA-Kurpatienten							Weibliche Stichprobe der LVA-Kurpatienten						
				Ar	Fa	Hö	Ar	Fa	Hö	p	Ar	Fa	Hö	Ar	Fa	Hö	p	Ha	Ar	Hö	Ha	Ar	Hö	p
74	Schlaf-tbl.i. l.J.			67	48	16	78.8	75.0	76.2	.088	41	46	18	87.2	75.4	81.8	.558	3	26	3	75.0	68.4	50.0	.789
				5	5	1	5.9	7.8	4.8		3	5	1	6.4	8.2	4.5		0	2	0	.0	5.3	.0	
				5	2	2	5.9	3.1	9.6		1	2	2	2.1	3.3	9.1		0	4	0	.0	10.5	.0	
				3	1	0	3.5	3.5	4.8		1	1	0	2.1	1.6	.0		1	2	0	25.0	5.3	.0	
				5	8	2	5.9	5.9	9.6		1	7	1	2.1	11.5	4.5		0	4	2	.0	10.5	40.0	
75	Beruh.-tbl. i.l.J.			52	77	11	61.2	57.8	45.8	.049	35	37	11	74.5	60.7	50.0	.424	3	17	0	75.0	44.7	.0	.017
				2	1	2	2.4	1.6	8.3		1	1	1	2.1	1.6	4.5		0	1	1	.0	2.6	20.0	
				3	5	2	3.5	7.8	8.3		0	4	2	.0	6.6	9.1		0	3	1	.0	7.9	20.0	
				3	5	3	3.5	7.8	12.5		2	4	3	4.3	6.6	13.6		1	1	1	25.0	2.6	20.0	
				25	16	6	25.4	25.0	25.0		9	15	5	19.1	24.6	22.7		0	16	2	.0	42.1	40.0	
76	Schmerz-tbl. i.l.J.			38	35	12	44.7	54.7	50.0	.099	24	34	12	51.1	55.7	54.5	.747	0	14	1	.0	36.8	20.0	.327
				5	4	3	5.9	6.3	12.5		2	4	2	4.3	6.6	9.1		0	3	1	.0	7.9	20.0	
				24	14	4	28.2	21.9	16.6		11	13	3	23.4	21.3	13.6		1	13	2	25.0	34.2	40.0	
				11	8	4	12.9	12.5	16.6		4	7	4	8.5	11.5	18.2		3	7	1	75.0	18.4	20.0	
				7	3	1	8.2	4.7	4.2		6	3	1	12.8	4.9	4.5		0	1	0	.0	2.6	.0	
77	Auf-putsch-tbl. i.l.J.	0=nie		81	62	24	97.6	96.9	100.0	.999	46	59	22	100.0	96.7	100.0	.687							
		1=etw.2/Jahr		1	0	0	1.2	.0	.0		0	0	0	.0	.0	.0								
		2=etw.2/Mo		0	1	0	.0	1.6	.0		0	1	0	.0	1.6	.0								
		3=etw.2/Wo.		0	0	0	.0	.0	.0		0	0	0	.0	.0	.0								
		4=fast tägl.		1	1	0	1.2	1.6	.0		0	1	0	.0	1.6	.0								
78	Ab-führ-tbl. i.l.J.			59	51	19	70.2	78.5	79.0	.217	37	50	18	80.4	82.0	81.8	.925	2	22	2	50.0	57.9	33.4	.535
				5	4	2	6.0	6.2	8.3		2	4	2	4.3	6.6	9.1		0	3	0	.0	7.9	.0	
				7	6	1	8.3	9.2	4.2		3	5	1	6.5	8.2	4.5		1	4	1	25.0	10.5	16.6	
				6	3	1	7.1	4.6	4.2		2	1	1	4.3	1.6	4.5		0	4	2	.0	10.5	33.4	
				7	1	1	8.3	1.5	4.2		2	1	0	4.3	1.6	.0		1	5	1	25.0	13.2	16.6	
79	Sonst. Medik. i.l.J.			46	33	10	54.8	52.4	43.7	.766	25	31	10	53.2	51.7	47.6	.855	2	21	2	50.0	56.8	40.0	.041
				4	1	1	4.8	1.6	4.2		3	1	1	6.4	1.7	4.8		0	1	0	.0	2.7	.0	
				2	2	0	2.4	3.2	.0		2	2	0	4.3	3.3	.0		1	0	0	25.0	.0	.0	
				5	8	4	6.0	12.7	17.1		4	7	4	8.5	11.7	19.0		0	1	1	.0	2.7	20.0	
				27	19	8	32.1	30.2	35.0		14	19	6	27.7	31.7	28.6		1	14	2	25.0	37.8	40.0	
80	Z.bish. Kran-kenh.-auf-enth.	Anzahl	0	11	6	1	12.9	9.2	4.2	.454	6	6	1	12.8	9.8	4.5	.149	1	5	0	25.0	13.2	.0	.787
			1	14	21	5	16.5	32.3	20.8		13	20	5	27.8	32.8	22.7		0	1	1	.0	2.6	16.6	
			2	20	12	7	23.5	18.5	29.2		12	12	7	25.5	19.7	31.8		0	8	0	.0	21.1	.0	
			3	14	11	5	16.5	16.9	16.8		7	11	4	14.9	18.0	18.2		1	7	1	25.0	18.4	16.6	
			4	10	4	2	11.8	6.2	8.4		7	3	1	14.9	4.9	4.5		1	3	2	25.0	7.9	33.4	
			5	2	3	0	2.4	4.6	.0		0	3	0	.0	4.9	.0		0	2	0	.0	5.7	.0	
			6	9	6	1	10.6	9.2	4.2		2	4	1	4.3	6.6	4.5		0	7	2	.0	18.4	33.4	
			7	2	2	1	2.4	3.1	4.2		0	2	1	.0	3.3	4.5		0	2	0	.0	5.3	.0	
			8	2	0	2	2.4	.0	8.4		0	0	2	.0	.0	9.1		1	2	0	25.0	5.3	.0	
			9	1	0	0	1.2	.0	.0		0	0	0	.0	.0	.0		0	1	0	.0	2.6	.0	
81	Z.bish. Operat.	Anzahl	0	26	13	2	30.6	20.0	8.4	.035	16	12	2	34.0	19.7	9.1	.041	1	10	1	25.0	26.3	16.6	.892
			1	17	22	10	20.0	33.8	41.6		11	21	9	23.4	34.4	40.9		1	6	2	25.0	15.8	33.4	
			2	17	19	5	20.0	29.2	20.8		7	18	5	14.9	29.5	22.7		2	10	1	50.0	26.3	16.6	
			3	12	6	3	14.1	9.2	12.6		8	5	2	17.0	8.2	29.1		0	4	2	.0	10.5	33.4	
			4	10	2	1	11.8	3.1	4.2		5	2	1	10.6	3.3	4.5		0	5	0	.0	13.2	.0	
			5	00	0	1	.0	.0	4.2		0	0	1	.0	.0	4.5		0	0	0	.0	.0	.0	
			6	3	3	2	3.5	4.6	8.3		0	3	2	.0	4.9	9.1		0	3	0	.0	7.9	.0	
82	Z.bish. Kur-auf-enth.	Anzahl	0	50	40	15	59.5	61.5	62.4	.768	28	36	14	60.9	59.0	63.6	.928	1	22	5	25.0	57.9	83.4	.191
			1-5	34	25	9	40.5	38.5	37.6		18	25	8	39.1	41.0	36.4		3	16	1	75.0	42.1	16.6	
83	Be-urt. Leb.-Führ.ges.	1=ja		47	49	13	55.3	75.4	54.2	.030	27	46	11	57.4	75.4	50.0	.045	1	20	5	25.0	52.5	83.4	.284
		2=nein		38	16	11	44.7	24.6	45.8		20	15	11	42.6	24.6	50.0		3	18	1	75.0	47.7	16.6	

Tab. 23e: Antwortverteilungen und Gruppenunterschiede (Chi-Quadrat) in ausgewählten Variablen des Anamnestischen und Katamnestischen Erhebungsbogens, des Psychologischen Interviews und in der Kurgruppenzugehörigkeit bei dem Gruppeneinteilungsfaktor der im Psychologischen Interview als fehlend bis als in einem mittleren Ausmaß sowie in einem sehr großen Ausmaß eingeschätzten psychischen und psychosozialen Belastung (Belastungsrating) in bezug auf die gesamte, die männliche und die weibliche LVA-Kurpatienten-Stichprobe und dem Gruppeneinteilungsfaktor der erhaltenen oder nicht erhaltenen zusätzlichen psychologischen Behandlung in bezug auf die gesamte LVA-Kurpatienten-Stichprobe

Nr.	Variable	Skalen/ Polung	Aufteilung nach Belastungsrating im Psychologischen Interview für gesamte Stichprobe der LVA-Kurpatienten: absolute Häufigkeiten Wenigerbelast. (Wb)	absolute Häufigkeiten Sehrbelast. (Sb)	relative Häufigkeiten Wenigerbelast. (Wb)	relative Häufigkeiten Sehrbelast. (Sb)	Chi-Quadrat p	Aufteilung nach Belastungsrating im Psychologischen Interview für männliche Stichprobe der LVA-Kurpatienten: absolute Häufigkeiten Wenigerbelast. (Wb)	absolute Häufigkeiten Sehrbelast. (Sb)	relative Häufigkeiten Wenigerbelast. (Wb)	relative Häufigkeiten Sehrbelastet (Sb)	Chi-Quadrat p	Aufteilung nach Belastungsrating im Psychologischen Interview für weibliche Stichprobe der LVA-Kurpatienten: absolute Häufigkeiten Wenigerbelast. (Wb)	absolute Häufigkeiten Sehrbelast. (Sb)	relative Häufigkeiten Wenigerbelast. (Wb)	relative Häufigkeiten Sehrbelastet (Sb)	Chi-Quadrat p	Aufteilung nach zusätzlicher psychologischer Behandlung erhalten für gesamte Stichprobe der LVA-Kurpatienten: absolute Häufigkeiten P Ja	absolute Häufigkeiten P Nein	relative Häufigkeiten P Ja	relative Häufigkeiten P Nein	Chi-Quadrat p
Anamnestischer Erhebungsbogen, Kuranfang T1																						
2	Alt.-Gr.	1=30-40J.	56	41	57.5	58.7	.974	42	25	51.9	54.3	.931	14	16	73.7	61.5	.594	18	82	62.1	55.4	.648
		2=41-50J.	44	31	42.3	41.3		39	21	48.1	45.7		5	10	26.3	38.5		11	66	37.9	44.6	
3	Geschl.	1=männl.	81	46	63.8	36.2	.019	81	46									18	113	62.1	74.5	.170
		2=weibl.	19	26	42.2	57.8							19	26				11	38	37.9	24.5	
4	Wohno.	1=Dorf	48	32	48.0	45.1	.743	42	20	51.9	44.8	.294	6	12	31.6	46.2	.523	10	70	35.7	47.9	.657
		2=Kleinst.	27	23	27.0	32.4		20	17	24.7	37.8		7	6	36.8	23.1		10	41	35.7	28.1	
		3=Großst.	25	16	25.0	22.5		19	8	23.5	17.8		6	8	31.6	30.8		8	35	28.6	24.0	
5	Fam.-St.	1=alleinst.	18	9	18.0	12.5	.444	13	4	16.0	8.7	.369	5	5	26.3	19.2	.840	5	22	17.2	14.9	.965
		2=verheir.	82	63	82.0	87.5		68	42	84.0	91.3		14	21	73.7	80.8		24	126	82.8	85.1	
6	Ehep. ber.-tät.	1=ja	49	33	59.0	54.1	.674	36	15	52.2	36.6	.165	13	18	92.9	90.0	.745	11	73	47.8	58.9	.451
		2=nein	34	28	41.0	45.9		33	26	47.8	63.4		1	2	7.1	10.0		12	51	52.2	41.1	
7	Z. d. Ki.	Anzahl 0	22	7	22.3	9.7	.078	18	4	22.2	8.5	.082	4	3	22.2	11.5	.634	5	24	17.2	16.6	.196
		Anzahl 1	55	43	55.5	59.7		46	28	56.7	60.8		9	15	50.0	57.7		13	88	44.8	60.7	
		Anzahl >2	22	22	22.2	30.6		17	14	21.1	30.7		5	8	27.8	30.8		11	33	37.9	22.8	
8	Netto-verd.	1=bis 500	3	8	3.1	11.9	.276	1	1	1.3	2.3	.415	2	7	11.8	30.4	.312	5	7	18.5	5.0	.139
		2= " 1000	15	11	15.6	16.4		6	0	7.6	.0		9	11	52.9	47.8		5	21	18.5	15.1	
		3= " 1500	41	26	42.7	38.8		35	22	44.3	50.0		6	4	35.3	17.4		8	60	29.6	43.2	
		4= " 2000	28	17	29.2	25.4		28	17	35.4	38.6		0	0	.0	.0		7	30	28.9	28.1	
		5= " 3000	9	5	9.4	7.5		9	4	11.4	9.1		0	1	.0	4.3		2	12	7.4	8.6	
9	Volks-sch.	1=mit Ab.	86	65	86.9	90.3	.657	71	41	88.7	89.1	.819	15	24	78.9	92.3	.391	25	128	86.2	88.3	.988
		2=ohne "	13	7	13.1	9.7		9	5	11.3	10.9		4	2	21.1	7.7		4	17	13.8	11.7	
15	Abg. Ber.-Ausb.	1 = ja	68	43	68.0	59.7	.338	62	36	76.5	78.3	.998	6	7	31.6	26.9	.994	19	92	65.5	63.0	
		2 = nein	32	29	32.0	40.3		19	10	23.5	21.7		13	19	68.4	73.1		10	54	34.5	37.0	
16	Ber.-Tät.	1=Einf.A.	47	34	47.0	47.2	.050	31	14	38.3	30.4	.141	16	20	84.2	76.9	.139	15	67	51.7	45.9	.100
		2=Spez.-Facharb.	41	23	41.0	31.9		40	20	49.4	43.5		1	3	5.3	11.5		8	57	27.6	39.0	
		3=Berufl. Höherg.	12	15	12.0	16.7		10	12	12.3	26.1		2	0	10.5	.0		4	20	13.6	13.7	
		4=Hausfr. o.Ber.	0	3	.0	4.2							0	3	.0	11.5		2	2	6.9	1.4	
17	Z.bish. Arb.-Pl.	Anz. 1-3	57	37	57.0	51.4	.619	44	22	54.3	47.8	.549	13	15	68.4	57.7	.475	16	80	55.0	54.8	.999
		4-20	63	35	43.0	48.6		37	24	45.7	52.2		6	11	31.6	42.3		13	66	45.0	45.2	
18	Arb.z. schwer	1 = ja	33	27	36.3	42.9	.511	28	17	37.8	43.6	.695	5	10	29.4	41.7	.636	6	55	26.1	41.4	.248
		2 = nein	58	36	63.7	57.1		46	22	62.2	56.4		12	14	70.6	58.3		17	78	73.9	58.6	
19	Arb.n. befried.	1 = ja	39	34	42.4	54.8	.176	35	21	46.7	55.3	.506	4	13	23.5	54.2	.101	12	61	50.0	46.2	.905
		2 = nein	53	28	57.6	45.2		40	17	53.3	44.7		13	11	76.5	45.8		12	71	50.0	53.8	
20	nicht gen. verd.	1 = ja	65	39	72.2	65.0	.448	56	32	76.7	86.5	.338	9	7	52.9	30.4	.267	13	92	54.2	71.9	.138
		2 = nein	25	21	27.8	35.0		17	5	23.3	13.5		8	16	47.1	69.6		11	36	45.8	28.1	
21	ent-lass.	1 = ja	29	21	33.3	35.6	.917	25	15	35.2	41.7	.659	4	6	25.0	21.6	.767	7	42	30.4	33.3	.975
		2 = nein	58	38	66.7	64.4		46	21	64.8	58.3		12	17	75.0	73.9		16	84	69.6	66.7	
22	Ber.-Tät. v.Kur	1 = ja	93	58	93.0	80.6	.026	76	40	93.8	87.0	.319	17	18	89.5	69.2	.211	24	130	82.8	89.0	.523
		2 = nein	7	14	7.0	19.4		5	6	6.2	13.0		2	8	10.5	30.8		5	16	17.2	11.0	
23	Krankm. vor Kur	1 = ja	6	4	85.7	36.4	.056	4	1	80.0	20.0	.103	2	3	100.0	50.0	.357	1	8	50.0	53.3	.735
		2 = nein	1	7	14.3	63.6	(F)	1	4	20.0	80.0	(F)	0	3	.0	50.0	(F)	1	7	50.0	46.7	(F)
24	Dauer Krankm.	Anz.3-10	4	2	66.6	66.6	.998	3	1	75.0	100.0	.171	1	1	50.0	50.0	1.000	0	5	.0	71.4	.156
		Wo.11-36	2	1	33.4	33.4	(F)	1	0	25.0	.0	(F)	1	1	50.0	50.0	(F)	1	2	100.0	28.6	(F)
25	Arb.l. vor Kur	1 = ja	2	9	33.3	81.8	.072	1	5	25.0	100.0	.048	1	4	50.0	66.7	.643	2	9	66.7	69.2	.705
		2 = nein	4	2	66.7	18.2		3	0	75.0	.0	(F)	1	2	50.0	33.3	(F)	1	4	33.3	30.8	(F)
26	Dauer Arb.l.	1-6 Wo.	0	5	.0	50.0	.494	0	4	.0	80.0	.081	0	1	.0	33.3	.494	1	3	50.0	33.3	.469
		7-52 Wo.	2	5	100.0	50.0		1	1	100.0	20.0		1	3	100.0	66.7		1	6	60.0	66.7	

Fortsetzung Tab. 23e:

Nr.	Variable	Skalen/ Polung	Gesamte Stichprobe der LVA-Kurpatienten Wb	Sb	Wb	Sb	p	Männliche Stichprobe der LVA-Kurpatienten Wb	Sb	Wb	Sb	p	Weibliche Stichprobe der LVA-Kurpatienten Wb	Sb	Wb	Sb	p	Gesamte Stichprobe der LVA-Kurpatienten P Ja	P Nein	P Ja	P Nein	p
27	Ber.-Beanspr.	1=geist.	7	5	7.1	7.5	.419	6	5	7.4	10.9	.767	1	0	5.6	.0	.421	2	10	7.7	6.9	.923
		2=körp.	42	35	42.4	52.2		29	17	35.8	37.0		13	18	72.2	85.7		13	67	50.0	46.5	
		3=beides	50	27	50.5	40.3		46	24	56.8	52.2		4	3	22.2	14.3		11	67	42.3	46.5	
28	Ber. Körperh.	1=sitzend	28	27	28.3	39.1	.174	22	14	27.5	31.1	.899	6	13	31.6	54.2	.090	9	46	32.1	32.2	.947
		2=stehend	53	27	53.5	39.1		44	23	55.0	51.1		9	4	47.4	16.7		13	70	46.4	49.0	
		3=laufend	18	15	18.2	21.7		14	8	17.5	17.8		4	7	21.2	29.2		6	27	21.4	18.9	
29	Arb.-Zt.	1=std.w.	2	1	2.0	1.5	.456	1	0	1.3	.0	.359	1	1	5.3	4.5	.789	1	2	3.6	1.4	.544
		2=halbtgs.	3	3	3.1	4.4		0	1	.0	2.2		3	2	15.8	9.1		2	4	7.1	2.8	
		3=8St./T.	59	48	60.2	70.6		47	31	59.5	67.4		12	17	63.2	77.3		16	93	57.1	65.5	
		4=üb.8St./T.	34	16	34.7	23.5		31	14	39.2	30.4		3	2	15.8	9.1		9	43	32.1	30.3	
30	Schicht	1=ja	17	15	17.0	21.4	.597	13	12	16.0	26.1	.256	4	3	21.2	12.5	.735	4	30	14.8	20.7	.659
		2=nein	83	55	83.0	78.6		68	34	84.0	73.9		15	21	78.8	87.5		23	115	89.2	79.3	
31	Art der Sch.	1=Frühsch.	2	2	12.5	13.3	.717	2	1	16.7	8.3	.402	0	1	.0	33.3	.268	2	2	40.0	7.1	.274
		2=Spätsch.	3	2	18.8	13.3		2	2	16.7	16.7		1	0	25.0	.0		1	5	2o.0	17.9	
		3=Nachtsch.	3	1	18.8	6.7		0	0	.0	.0		3	1	75.0	33.3		0	4	.0	24.3	
		4=Früh-u. Spätsch.	2	1	12.5	6.7		2	0	16.7	.0		0	1	.0	33.3		0	3	.0	10.7	
		5=Früh-, Spät-u. Nachtsch.	6	9	37.5	60.0		6	9	50.0	75.0		0	0	.0	.0		2	14	40.0	50.0	
32	Körp. äuß. Bel.	1 =ja	80	54	80.8	75.0	.469	65	37	81.3	80.4	.902	15	17	78.9	65.4	.510	19	117	65.5	80.7	.119
		2 =nein	19	18	19.2	25.0		15	9	18.8	19.6		4	9	21.1	34.6		10	28	34.5	19.3	
33	Neb.-Tät.	1 = ja	22	20	22.0	27.8	.490	18	14	22.2	30.4	.417	4	6	21.1	23.1	.840	11	31	37.9	21.4	.096
		2 = nein	78	52	78.0	75.2		63	32	77.8	69.6		15	20	78.9	76.9		18	114	62.1	78.6	
34	Z. d. z.Erhol. gen. Url.-T.	Anzahl Tage 0-7	21	18	21.6	26.0	.271	17	12	21.0	26.0	.151	4	6	23.4	26.0	.621	10	30	35.8	21.0	.007
		8-14	29	26	29.6	37.5		24	17	30.9	37.0		5	9	29.4	39.3		11	44	39.4	31.6	
		15-21	21	9	21.6	13.0		17	8	21.0	17.3		2	1	11.8	4.3		1	30	3.6	21.0	
		22-28	14	9	14.2	13.0		13	5	16.0	10.9		1	4	5.9	17.4		3	20	10.7	13.5	
		29-35	12	5	12.2	7.2		7	2	8.6	4.3		5	3	29.4	13.0		2	16	7.1	11.2	
		36-42	1	2	1.1	2.9		1	2	1.2	4.3		0	0	.0	.0		1	3	3.6	2.1	
35	Abs. Rent.-Antr.	1=ja	4	0	4.0	.0	.167	3	0	3.7	.0	.307	1	0	5.3	.0	.350	1	4	3.4	2.7	.748
		2=nein	92	67	92.0	93.1		74	42	91.4	91.3		18	25	94.7	96.2		26	136	89.7	93.2	
		3=unentsch	4	5	4.0	6.9		4	4	4.9	8.7		0	1	.0	3.8		2	6	6.9	4.1	
36	Häufigk. d. Krankm. 1. 2 J.	Anzahl 0	12	11	12.0	15.3	.612	11	7	13.6	15.2	.623	1	4	5.3	15.4	.204	5	20	17.2	13.7	.983
		1	31	19	31.0	26.4		24	13	29.6	28.3		7	6	36.8	23.1		8	44	27.6	30.1	
		2	25	21	25.0	29.1		19	15	23.5	32.6		6	6	31.8	23.1		9	35	31.0	24.0	
		3	14	9	14.0	12.5		14	5	17.3	10.9		0	4	.0	15.4		4	18	13.8	12.3	
		4	14	6	14.0	8.3		9	3	11.1	6.5		5	3	26.3	11.4		2	18	6.9	12.3	
		5	3	4	3.0	5.6		3	2	3.7	4.3		0	2	.0	7.7		1	6	3.4	4.1	
		6	1	0	1.0	.0		1	0	1.2	.0		0	0	.0	.0		0	2	.0	1.4	
		7	0	0	.0	.0		0	0	.0	.0		0	0	.0	.0		0	0	.0	.0	
		8	0	1	.0	1.4		0	1	.0	2.2		0	0	.0	.0		0	1	.0	.7	
		9	0	0	.0	.0		0	0	.0	.0		0	0	.0	.0		0	1	.0	.7	
		10	0	1	.0	1.4		0	0	.0	.0		0	1	.0	3.8		0	1	.0	.7	
37	Dauer d. Krankm.l. 2 J.	Anzahl Wochen 0-3	42	30	42.0	41.7	.329	35	23	43.3	49.7	.398	7	7	36.9	26.8	.358	12	62	36.8	42.5	.545
		4-7	23	20	23.0	27.8		21	11	25.9	24.0		2	9	10.5	34.6		7	35	24.1	23.8	
		8-11	18	6	18.0	8.4		14	3	17.3	6.6		4	3	21.0	11.5		4	20	13.7	13.7	
		12-15	11	7	11.0	9.8		8	4	11.1	8.7		2	3	10.5	11.5		4	14	13.7	7.7	
		16-19	1	3	1.0	4.2		0	2	.0	4.4		1	1	5.3	3.8		0	5	.0	3.4	
		20-23	3	3	3.0	4.2		1	1	1.2	2.2		2	2	10.5	7.7		0	6	.0	4.1	
		24-27	1	0	1.0	.0		1	0	1.2	.0		0	0	.0	.0		0	1	.0	.7	
		28-31	0	1	.0	1.4		0	1	.0	2.2		0	0	.0	.0		0	1	.0	.7	
		32-35	0	1	.0	1.4		0	1	.0	2.2		0	0	.0	.0		0	1	.0	.7	
		38-50	1	1	1.0	1.4		0	0	.0	.0		1	1	5.3	3.8		1	0	3.4	.7	
38	Volkss. Vater	1=mit Ab.	80	64	83.3	90.1	.300	67	41	87.0	91.1	.696	13	23	68.4	88.5	.200	27	120	93.1	85.7	.440
		2=ohne "	16	7	16.7	9.9		10	4	13.0	8.9		6	3	32.6	11.5		2	20	6.9	14.3	
44	Abg. Ber.-	1=ja	52	44	52.0	61.1	.302	45	28	55.6	60.9	.692	7	16	36.8	61.5	.182	16	81	55.2	55.5	.862
		2=nein	48	28	48.0	38.9		36	18	44.4	39.1		12	10	73.2	38.5		13	65	44.8	44.5	
45	Z.d. Geschw.	Anzahl 0	13	15	13.3	20.8	.289	10	7	12.5	15.2	.436	3	8	16.7	30.8	.468	6	21	20.7	14.6	.314
		1	21	19	21.4	26.4		16	13	2o.0	28.3		5	6	27.8	23.1		10	32	34.5	22.2	
		2	16	9	16.3	12.5		16	6	20.0	13.0		0	3	.0	11.5		1	24	3.4	16.7	
		3	18	7	18.4	9.7		14	4	17.5	8.7		4	3	22.2	11.5		3	24	10.3	16.7	
		4	10	8	10.3	11.1		9	5	11.2	10.9		1	3	5.6	11.5		3	15	10.3	10.4	
		5	5	5	5.1	6.9		4	5	5.0	10.9		1	0	5.6	.0		3	7	10.3	4.9	
		6	2	5	2.0	6.9		1	3	1.3	6.5		1	2	5.6	7.7		1	5	3.4	3.5	
		7	7	2	7.1	2.8		6	2	7.5	4.3		1	0	5.6	.0		0	9	.0	6.3	
		8	3	2	3.1	2.8		2	1	2.5	2.2		1	1	5.6	3.8		2	4	6.9	2.8	
		9	3	0	3.1	.0		2	0	2.5	.0		1	0	5.6	.0		0	3	.0	2.1	
46	Aufgew. Fam.	1=ja	94	66	94.0	91.7	.772	76	43	93.8	93.5	.765	18	23	94.7	88.5	.841	26	134	89.7	91.8	.392
		2=nein	6	6	6.0	8.3		5	3	6.2	6.5		1	3	5.3	11.5		3	12	10.3	8.2	
47	Aufgew.o. Vat.	1=ja	22	20	22.0	28.6	.425	17	8	21.0	17.8	.842	5	12	26.3	48.0	.250	9	35	32.1	24.1	.513
		2=nein	78	50	78.0	71.4		64	37	79.0	82.2		14	13	73.3	52.0		19	110	67.9	75.9	
48	Aufg o.Mutt.	1=ja	7	7	7.0	9.7	.718	7	3	8.6	6.5	.033	0	4	.0	15.4	.207	5	11	17.2	7.5	.192
		2=nein	93	65	93.0	90.3		74	43	91.4	93.5		19	22	100.0	84.6		24	135	82.8	92.5	

Fortsetzung Tab. 23e:

Nr.	Variable	Skalen/ Polung	Gesamte Stichprobe der LVA-Kurpatienten Wb	Sb	Wb	Sb	p	Männliche Stichprobe der LVA-Kurpatienten Wb	Sb	Wb	Sb	p	Weibliche Stichprobe der LVA-Kurpatienten Wb	Sb	Wb	Sb	p	Gesamte Stichprobe der LVA-Kurpatienten P Ja	P Nein	P Ja	P Nein	p
49	Un-	1 = ja	9	2	6.1	2.8	.537	6	1	7.5	2.2	.394	0	1	.0	4.0	.889	2	7	6.9	4.9	.994
	ehel.	2 = nein	93	69	93.9	97.2		74	45	92.5	97.8		19	24	100.0	96.0		27	137	93.1	95.1	
50	Aufgew.	1 = ja	5	4	5.1	5.6	.857	4	2	5.0	4.4	.767	1	2	5.3	7.7	.777	3	8	10.7	5.5	.543
	o.Elt.	2 = nein	94	67	94.9	94.4		76	43	95.0	95.6		18	24	94.7	92.3		25	137	89.3	94.5	
51	Aufg.	1 = ja	10	9	10.0	12.5	.788	8	4	9.9	8.7	.923	2	5	10.5	19.2	.704	5	15	17.2	10.3	.449
	b.Verw.	2 = nein	90	63	90.0	87.5		73	42	90.1	91.3		17	21	89.5	80.8		24	131	82.8	89.7	
52	Aufgew.	1 = ja	0	3	.0	4.2	.141	0	1	.0	2.2	.769	0	2	.0	7.7	.614	3	2	10.3	1.4	.045
	Heim	2 = nein	99	68	100.0	95.8		80	44	100.0	97.8		19	24	100.0	92.3		26	141	89.7	98.6	
53	Wo	1=Dorf	67	52	67.7	73.2	.675	54	31	66.7	68.9	.965	13	21	72.2	80.8	.627	17	103	60.7	71.0	.177
	auf-	2=Kl.St.	20	13	20.2	18.3		17	9	21.0	20.0		3	4	16.7	15.4		9	25	32.1	17.2	
	gew.	3=Gr.St.	12	6	12.1	8.5		10	5	12.3	11.1		2	1	11.1	3.8		2	17	7.1	11.7	
54	St.	An- 0	12	17	12.4	23.9	.305	10	8	12.8	17.8	.632	2	9	10.5	34.6	.530	6	23	20.7	16.2	.510
	Er-	zahl 1	21	15	21.6	21.1		15	11	19.2	24.4		6	4	31.6	15.4		6	31	20.7	21.8	
	hol./	St./ 2	27	19	27.8	26.8		20	11	25.6	24.4		7	8	36.8	30.8		6	41	20.7	28.9	
	T.	T. 3	25	12	25.8	16.9		23	9	29.5	20.0		2	3	10.5	11.5		6	32	20.7	22.5	
		4	9	4	9.3	5.6		8	3	10.3	6.7		1	1	5.3	3.8		2	11	6.9	7.7	
		5	3	4	3.1	5.6		2	3	2.6	6.7		1	1	5.3	3.8		3	4	10.3	2.8	
55	Über-	1=überw.	71	37	71.4	52.9	.019	65	28	81.3	62.2	.033	6	9	31.6	36.0	.988	18	91	64.3	63.2	.920
	wieg.	d.kör-																				
	Freiz.-	perl.																				
	Gest.	2=überw.	28	33	28.3	47.1		15	17	18.8	37.8		13	16	68.4	64.0		10	53	35.7	36.8	
		d.sonst.																				
		Bet.																				
56	Erhol.-	1 = ja	72	30	72.0	42.3	.000	59	23	72.8	51.1	.024	13	7	68.4	26.9	.014	14	90	48.3	62.1	.240
	Gef.n.	2 = nein	28	41	28.0	57.7		22	22	27.2	48.9		6	19	31.6	73.1		15	55	51.7	37.9	
	Wochene.																					
57	Erhol.-	1 = ja	78	45	78.0	63.4	.054	66	29	81.5	64.4	.056	12	16	63.2	61.5	.840	20	107	69.0	73.8	.760
	Gef.n.	2 = nein	22	26	22.0	36.6		15	16	18.5	35.6		7	10	36.8	38.5		9	38	31.0	26.2	
	Url.																					
59	Morg.	1 = ja	60	24	60.0	33.8	.001	50	19	61.7	42.2	.055	10	5	52.6	19.2	.043	13	74	44.8	51.0	.684
	aus-	2 = nein	40	47	40.0	66.2		31	26	38.3	57.8		9	21	47.4	80.8		16	71	55.2	49.0	
	geschl.																					
60	Schlaf-	1 = ja	45	54	45.0	54.0	.000	37	33	45.7	71.7	.008	8	21	42.1	80.8	.018	17	83	58.6	56.8	.977
	stör.	2 = nein	55	18	55.0	18.0		44	13	54.3	28.3		11	5	57.9	19.2		12	63	41.4	43.2	
61	Warme	1 = ja	88	67	88.0	93.1	.403	69	42	85.2	91.3	.471	19	25	100.0	96.2	.873	26	132	89.7	90.4	.828
	Mahlz.	2 = nein	12	5	12.0	6.9		12	4	14.8	8.7		0	1	.0	3.8		3	14	10.3	9.6	
62	Kaf-	An- 0	23	17	23.0	23.6	.971	21	11	25.9	23.9	.888	11	11	61.1	42.3	.292	6	35	20.7	24.0	.754
	fee-	zahl 1	17	15	17.0	20.8		14	13	17.3	28.3		2	4	11.1	15.4		7	26	24.1	17.8	
	bzw.	Tas- 2	31	20	31.0	27.8		25	11	30.9	23.9		2	3	11.1	11.5		9	43	31.0	29.5	
	Tee-	sen/ 3	11	5	11.0	6.9		8	3	9.9	6.5		0	2	.0	7.7		1	15	3.4	10.3	
	kons./	T. 4	7	7	7.0	9.7		5	3	6.2	6.5		1	5	5.6	19.2		4	10	13.8	6.8	
	T.	5	2	2	2.0	2.8		0	0	.0	.0		0	0	.0	.0		0	3	.0	2.1	
		6	2	2	2.0	2.8		2	2	2.5	4.3		0	0	.0	.0		1	3	3.4	2.1	
		7	3	1	3.0	1.4		2	1	2.5	2.2		2	0	11.1	.0		0	4	.0	2.7	
		≥8	4	3	4.0	4.2		4	2	4.9	4.3		0	1	.0	3.8		1	7	3.4	4.8	
64	Wein-	An- 0=0	54	34	54.0	47.2	.321	45	17	55.6	37.0	.072	9	17	47.4	65.4	.357	8	33	28.6	22.8	.919
	kons.	zahl 1=0.5	20	24	20.0	33.3		14	18	17.3	39.1		6	6	31.6	23.1		3	12	10.7	8.3	
	/Wo.	1/ 2=1.0	14	10	14.0	13.9		11	9	13.6	19.6		3	1	15.8	3.8		2	10	7.1	6.9	
		Wo. 3=1.5	5	1	5.0	1.4		5	0	6.2	.0		0	1	.0	3.8		1	9	3.6	6.2	
		4=2.0	3	0	3.0	.0		2	0	2.5	.0		1	0	5.3	.0		4	15	14.3	10.3	
		5=2.5	1	1	1.0	1.4		1	1	1.2	2.2		0	0	.0	.0		1	5	3.6	3.4	
		6=3.0	0	1	.0	1.4		0	0	.0	.0		0	1	.0	3.8		3	12	14.3	8.3	
		7=3.5	2	1	2.0	1.4		2	1	2.5	2.2		0	0	.0	.0		3	14	14.3	9.7	
		8≥4.0	1	0	1.0	.0		1	0	1.2	.0		0	0	.0	.0		3	35	14.3	24.1	
63	Bier-	An- 0	21	17	21.2	23.9	.790	10	6	12.3	13.3	.969	11	11	61.1	42.3	.292	8	33	28.6	22.8	.919
	kons.	zahl 1	8	6	8.1	8.5		6	2	7.4	4.3		2	4	11.1	15.4		3	12	10.7	8.3	
	/Wo.	1/ 2	6	7	6.1	9.9		4	4	4.9	8.9		2	3	11.1	11.5		2	10	7.1	6.9	
		Wo. 3	4	6	4.0	8.5		4	4	4.9	8.9		0	2	.0	7.7		1	9	3.6	6.2	
		4	10	9	10.1	12.7		9	4	11.1	8.9		1	5	5.6	19.2		4	15	14.3	10.3	
		5	4	2	4.0	2.8		4	2	4.9	4.4		0	0	.0	.0		1	5	3.6	3.4	
		6	9	6	9.1	8.5		9	6	11.1	13.3		0	0	.0	.0		3	12	10.7	8.3	
		7	12	5	12.1	7.0		10	5	12.3	11.1		2	0	11.1	.0		3	14	10.7	9.7	
		≥8	25	13	25.3	18.3		25	12	30.9	26.7		0	1	.0	3.8		3	35	10.7	24.1	
65	Kons.	An- 0	70	55	70.7	76.4	.399	56	34	70.0	73.9	.568	14	21	73.7	80.8	.668	21	106	72.4	73.1	.993
	hoch-	zahl 2	20	10	20.2	13.9		16	7	20.0	15.2		4	3	21.1	11.5		5	25	17.2	17.2	
	proz.	Glä- 4	6	7	6.1	9.7		5	5	6.3	10.9		1	2	5.3	7.7		3	10	10.3	6.9	
	Getr.	ser/ 8	2	0	2.0	.0		0	0	.0	.0		0	0	.0	.0		0	2	.0	1.4	
	/Wo.	Wo. 12	0	0	.0	.0		2	0	2.4	.0		0	0	.0	.0		0	1	.0	.7	
		≥16	1	0	1.0	.0		1	0	1.3	.0		0	0	.0	.0		0	1	.0	.7	
66	Rauch.	1=ja	34	22	34.0	30.6	.581	29	17	35.8	37.0	.940	5	5	26.3	19.2	.735	7	50	24.1	34.2	.653
		2=n.mehr	21	12	21.0	16.7		18	9	22.2	19.6		3	3	15.8	11.5		5	29	17.2	19.9	
		3=noch	45	38	45.0	52.8		34	20	42.0	43.5		11	18	57.9	62.9		17	67	58.6	45.9	
		nie																				

Fortsetzung Tab. 23e:

Nr.	Variable	Skalen/ Polung	Gesamte Stichprobe der LVA-Kurpatienten Wb	Sb	Wb	Sb	p	Männliche Stichprobe der LVA-Kurpatienten Wb	Sb	Wb	Sb	p	Weibliche Stichprobe der LVA-Kurpatienten Wb	Sb	Wb	Sb	p	Gesamte Stichprobe der LVA-Kurpatienten P Ja	P Nein	P Ja	P Nein	p
67	J. Rauch.	An- 1-4	1	2	2.9	9.0	.320	1	1	3.4	5.9	.278	0	1	.0	20.0	.265	1	2	14.3	4.0	.307
		zahl 5-8	1	0	2.9	9.0		1	0	3.4	.0		0	0	.0	.0		0	1	.0	2.0	
		J. 9-12	5	4	14.7	18.1		3	3	10.3	17.7		2	1	40.0	20.0		0	9	.0	18.0	
		13-16	4	2	11.7	9.0		3	2	10.3	11.3		1	0	20.0	.0		1	6	14.3	12.0	
		17-20	8	5	23.5	18.1		8	2	27.5	11.3		0	2	.0	40.0		2	10	28.6	20.0	
		21-24	5	6	14.7	27.2		3	5	10.3	19.5		2	1	40.0	20.0		2	9	28.6	18.0	
		25-28	6	1	27.6	4.5		6	1	20.6	5.9		0	0	.0	.0		1	6	14.3	12.0	
		29-32	4	3	11.6	13.6		4	3	13.6	17.7		0	0	.0	.0		0	7	.0	14.0	
68	Rauch. auf- geh.	Anz.0-4	9	5	40.0	41.6	.582	9	4	53.0	44.4	.547	0	1	.0	33.3	.406	2	12	40.0	42.8	.584
		Jah-5-8	4	2	20.0	16.6		2	2	11.8	22.2		2	0	66.7	.0		2	5	20.0	17.8	
		re 9-12	3	3	15.0	25.0		2	1	11.8	11.1		1	2	33.3	66.7		1	5	20.0	21.4	
		13-16	3	0	15.0	.0		3	0	17.7	.0		0	0	.0	.0		0	3	.0	10.7	
		17-20	1	0	5.0	.0		1	0	5.9	.0		0	0	.0	.0		0	1	.0	3.6	
		21-25	0	2	.0	16.6		0	2	.0	22.2		0	0	.0	.0		0	2	.0	7.1	
69	J. ger.	Anz.1-4	3	2	15.0	18.2	.526	2	1	11.8	12.5	.409	1	1	33.3	33.3	.572	2	3	40.0	11.1	.670
		Jah-5-8	4	2	20.0	18.2		3	2	17.7	25.0		1	0	33.3	.0		0	7	.0	25.9	
		re 9-12	3	1	15.0	9.1		3	1	17.7	12.5		0	0	.0	.0		1	3	20.0	11.1	
		13-16	1	1	5.0	0.1		1	0	5.9	.0		0	1	.0	33.3		0	2	.0	7.4	
		17-20	5	4	25.0	36.4		4	3	23.5	37.5		1	1	33.3	33.3		2	7	40.0	25.9	
		21-24	0	0	.0	.0		0	0	.0	.0		0	0	.0	.0		0	0	.0	.0	
		25-28	3	0	15.0	.0		3	0	17.7	.0		0	0	.0	.0		0	3	.0	11.1	
		29-32	1	1	5.0	9.1		1	1	5.9	12.5		0	0	.0	.0		0	2	.0	7.4	
70	Zi- garett. /T.	St./1-10	15	13	30.0	38.2	.155	12	9	28.0	34.6	.131	3	4	42.9	50.0	.614	7	22	58.3	30.8	.996
		T.11-20	16	15	32.0	44.1		13	9	30.3	34.6		3	3	42.9	37.5		4	27	33.3	37.8	
		21-30	5	5	10.0	14.7		5	5	11.6	19.2		0	0	.0	.0		0	10	.0	14.0	
		31-40	7	0	14.0	.0		7	0	16.3	.0		0	0	.0	.0		1	7	8.3	9.6	
		41-50	5	1	10.0	2.9		5	0	11.6	.0		0	1	.0	12.5		0	6	.0	8.2	
		51-60	0	0	.0	.0		0	0	.0	.0		1	0	14.2	.0		0	0	.0	.0	
		61-70	2	0	4.0	.0		1	0	2.3	.0		0	0	.0	.0		0	2	.0	2.7	
74	Schlaf- tbl.i. l.J.		86	46	86.9	63.9	.002	72	31	88.9	67.4	.024	14	15	77.8	57.7	.356	24	111	82.8	76.6	.663
			3	7	3.0	9.7		3	5	3.7	10.9		0	2	.0	7.7		1	9	3.4	6.2	
			5	4	5.1	5.6		3	2	3.7	4.3		2	2	11.1	7.7		0	9	.0	6.2	
			0	5	.0	6.9		0	2	.0	4.3		0	3	.0	11.5		1	4	3.4	2.8	
			5	10	5.1	13.9		3	6	3.7	13.0		2	4	11.1	15.4		3	12	10.3	8.3	
75	Be- ruh.- tbl. i.l.J.		70	30	70.0	41.7	.000	60	21	74.1	45.7	.006	10	9	55.6	34.6	.152	16	85	55.2	58.6	.672
			3	2	3.0	2.8		1	2	1.2	4.3		2	0	11.1	.0		0	5	.0	3.4	
			3	7	3.0	9.7		2	4	2.5	8.7		1	3	5.6	11.5		3	7	10.3	4.8	
			2	9	2.0	12.5		2	7	2.5	15.2		0	2	.0	7.7		2	10	6.9	6.9	
			21	24	21.2	33.3		16	12	19.8	26.1		5	12	27.8	46.2		8	38	27.6	26.2	
76	Schmerz- tbl. i.l.J.		55	29	55.6	40.3	.360	49	20	60.5	43.5	.161	6	9	33.3	34.6	.715	12	72	41.4	49.7	.856
		0=nie	6	6	6.1	8.3		5	3	6.2	6.5		1	3	5.6	11.5		2	10	6.9	6.9	
		1=etwa	19	21	19.2	29.2		12	15	14.8	32.6		7	6	38.9	23.1		7	35	24.1	24.1	
		2/Jahr	14	11	14.1	15.3		10	4	12.3	8.7		4	7	22.2	26.9		6	19	20.7	13.1	
		2=etwa	5	5	5.1	5.9		5	4	6.2	8.7		0	1	.0	3.8		2	9	6.9	6.9	
77	Auf- putsch- tbl. i.l.J.	2/Mon.	96	69	98.0	97.2	.539	80	44	98.8	97.8	.307	16	25	94.1	96.2	.335	27	141	96.4	97.9	.125
		3=etwa	1	0	1.0	.0		0	0	.0	.0		1	0	5.9	.0		0	1	.0	.7	
		2/Wo.	0	1	.0	1.4		0	1	.0	2.2		0	0	.0	.0		1	0	3.6	.0	
		4=fast	0	0	.0	.0		0	0	.0	.0		0	0	.0	.0		0	0	.0	.0	
		tägl.	1	1	1.0	1.4		1	0	1.2	.0		0	1	.0	3.8		0	2	.0	1.4	
78	Ab- führ- tbl. i.l.J.		7	50	77.0	70.4	.841	66	37	81.5	82.2	.535	11	13	57.9	50.0	.943	20	110	71.4	75.3	.764
			5	6	5.0	8.5		4	4	4.9	8.9		1	2	5.3	7.7		1	9	3.6	6.2	
			8	7	8.0	9.9		6	3	7.4	6.7		2	4	10.5	15.4		4	11	14.3	7.5	
			6	4	6.0	5.6		4	0	4.9	.0		2	4	10.5	15.4		1	8	3.6	5.5	
			4	4	4.0	5.6		1	1	1.2	2.2		3	3	15.8	11.5		2	8	7.2	5.5	
79	Sonst. Medik. i.l.J.		52	37	53.1	52.1	.350	44	22	55.0	46.7	.451	8	16	44.4	61.5	.227	16	74	59.3	51.4	.882
			4	2	4.1	2.8		3	2	3.8	4.4		1	0	5.6	.0		1	5	3.7	3.5	
			2	3	2.0	4.2		2	2	2.5	4.4		0	1	.0	3.8		1	4	3.7	2.8	
			6	10	6.1	14.1		6	8	7.5	17.8		0	2	.0	7.7		3	14	11.1	9.7	
			34	19	34.7	26.8		25	12	31.3	26.7		9	7	50.0	26.9		6	47	22.2	32.6	
80	Z. bish. Kran- kenh.- auf- enth.	Anzahl 0	13	3	13.0	4.2	.235	10	2	12.3	4.3	.354	3	1	15.8	3.8	.628	0	18	.0	12.3	.520
		1	21	18	21.0	25.0		21	16	25.9	34.8		0	2	.0	7.7		8	32	27.6	21.9	
		2	26	13	26.0	18.1		22	9	27.2	19.6		4	4	21.1	15.4		6	33	20.7	22.6	
		3	17	13	17.0	18.1		14	7	17.3	15.2		3	6	15.8	23.1		5	24	20.7	16.4	
		4	7	10	7.0	13.9		5	6	5.2	13.0		2	4	10.5	15.4		4	13	13.8	8.9	
		5	3	1	3.0	1.4		2	1	2.5	2.2		1	0	5.3	.0		1	4	3.4	2.7	
		6	8	8	8.0	11.1		5	2	6.2	4.3		3	6	15.8	23.1		1	14	3.4	9.6	
		7	3	2	3.0	2.8		2	1	2.5	2.2		1	1	5.3	3.8		1	4	3.4	2.7	
		8	1	4	1.0	5.6		0	2	.0	2.2		1	2	5.3	7.7		2	3	6.8	2.1	
		9	1	0	1.0	.0		0	0	.0	.0		1	0	5.3	.0		0	1	.0	.7	
81	Z. bish. Ope- rat.	An- 0	25	14	25.0	19.4	.733	21	8	25.9	17.4	.631	4	6	21.1	23.1	.365	5	37	17.2	25.3	.997
		zahl 1	29	19	25.0	26.4		26	14	31.2	30.4		3	5	15.8	19.2		11	39	37.9	26.7	
		2	22	20	22.0	27.8		17	12	21.0	26.1		5	8	26.3	30.8		6	35	20.7	24.0	
		3	13	8	13.0	11.1		10	5	12.3	10.9		3	3	15.8	11.5		4	17	13.8	11.6	
		4	6	7	6.0	9.7		5	3	6.2	6.5		1	1	5.3	15.4		2	10	6.9	6.8	
		5	0	1	.0	1.4		0	1	.0	2.2		0	0	.0	.0		0	1	.0	.7	
		6	5	3	5.0	4.2		2	3	2.5	6.5		3	3	15.8	.0		1	7	3.4	4.8	

Fortsetzung Tab. 23e:

Nr.	Variable	Skalen/ Polung	Gesamte Stichprobe der LVA-Kurpatienten Wb	Sb	Wb	Sb	p	Männliche Stichprobe der LVA-Kurpatienten Wb	Sb	Wb	Sb	p	Weibliche Stichprobe der LVA-Kurpatienten Wb	Sb	Wb	Sb	p	Gesamte Stichprobe der LVA-Kurpatienten P Ja	P Nein	P Ja	P Nein	p
82	Z. bish. Kur-auf-enth.	An-zahl 0	66	37	66.0	52.1	.095	52	24	64.2	53.3	.315	14	13	73.7	50.0	.196	16	87	55.2	60.0	.783
		1-5	34	34	34.0	47.9		29	21	35.8	46.7		5	13	26.3	50.0		13	58	44.8	40.0	
83	Beurt. Leb.-Führ. ges.	1 = ja	66	42	66.0	58.3	.386	52	30	64.2	65.2	.938	14	12	73.7	46.2	.123	17	92	58.6	63.0	.313
		2 = nein	34	30	34.0	41.7		29	16	35.8	34.8		5	14	26.3	53.8		12	54	41.4	37.0	
	Katamnestischer Erhebungsbogen, Halbjahreskatamnese B3																					
87	Psych. Kurkl. arb.	1 = ja	61	45	70.6	83.3	.380	50	29	74.6	87.9	.204	11	16	84.6	94.1	.397	21	85	91.3	78.7	.269
		2 = nein	24	3	29.4	6.7		22	2	25.4	12.1		2	1	15.4	5.9	( )	2	23	8.7	21.3	
88	Morg.-gymn. Häufigk.	An-zahl /Wo-che 0	47	23	60.3	44.2	.251	39	12	59.1	34.3	.063	8	11	66.7	57.9	.552	10	59	43.5	54.1	.213
		1-2	9	13	11.5	25.0		7	11	10.6	31.4		2	2	16.7	11.8		5	19	21.7	17.4	
		3-4	10	6	12.8	11.5		9	4	13.6	11.4		1	2	8.3	11.8		1	15	4.3	13.8	
		5-6	6	6	7.7	11.5		6	4	9.1	11.4		0	2	.0	11.8		3	10	13.0	9.2	
		7	6	4	7.7	7.7		5	4	7.6	11.4		1	0	8.3	.0		4	6	17.4	5.5	
89	Morg.-gymn. Dauer	Zahl d.Mi-nu-ten durch-schn. 0	47	23	60.3	44.2	.507	39	12	59.1	34.3	.204	8	11	66.7	64.7	.530	10	59	43.5	54.1	.216
		1-5	14	13	17.9	25.0		11	11	16.7	91.4		3	2	25.0	11.8		8	18	34.8	16.5	
		6-10	8	8	10.3	15.4		8	6	12.1	17.1		0	2	.0	11.8		3	14	13.0	12.8	
		11-20	5	4	6.4	7.7		5	4	7.6	11.4		1	2	8.3	11.8		0	10	.0	9.2	
		21-60	4	4	5.1	7.7		3	2	4.5	5.7		0	0	.0	.0		2	8	8.7	7.3	
90	Wand. Häufigk.	An-zahl/ Wo. 0	14	12	17.9	23.1	.369	11	7	16.7	20.0	.434	3	5	25.0	29.4	.432	3	25	13.0	22.9	.880
		1-2	52	32	66.7	61.5		44	23	66.7	65.7		8	9	66.7	52.9		16	67	69.6	61.5	
		3-4	6	2	7.7	3.8		5	2	7.6	5.7		1	0	8.3	.0		1	7	4.3	6.4	
		5-6	4	1	5.1	1.9		4	0	6.1	.0		0	1	.0	5.9		1	3	4.3	2.8	
		7-11	2	5	2.6	9.6		2	3	3.0	8.6		0	2	.0	11.8		2	7	8.7	6.4	
91	Wand. Dauer	Zahl d.Mi-nuten durch-schn. 0	14	12	17.9	23.1	.524	11	7	16.7	20.0	.655	3	5	25.0	29.4	.810	3	25	13.0	22.9	.026
		1-60	25	19	32.1	36.5		18	12	27.3	34.3		7	7	58.3	41.2		14	32	60.9	29.4	
		61-120	24	10	30.8	19.2		23	8	34.8	22.9		1	2	8.3	11.8		2	31	8.7	28.4	
		121-300	15	11	19.2	21.2		14	8	21.2	22.9		1	3	8.3	17.6		4	21	17.4	19.3	
92	Schwimm. Häufigk.	An-zahl/ Wo. 0	34	26	43.6	50.0	.019	27	17	40.9	48.6	.066	7	9	58.3	52.9	.412	9	50	39.1	45.9	.215
		1	30	25	38.5	48.1		26	17	39.4	48.6		4	8	33.3	47.1		13	43	56.5	39.4	
		2-10	14	1	17.9	1.9		13	1	19.7	2.9		1	0	8.3	.0		1	16	4.3	14.7	
93	Schw. Dauer	Zahl d.Mi-nuten durch-schn. 0	34	26	43.6	50.0	.317	27	17	40.9	48.6	.402	7	9	58.3	52.9	.773	9	50	39.1	45.9	.946
		1-30	10	8	12.8	15.4		9	5	13.6	14.6		1	3	8.3	17.6		4	16	17.4	14.7	
		31-60	29	13	37.2	25.0		25	8	37.9	22.9		4	5	33.2	29.4		8	35	34.8	32.1	
		61-180	5	5	6.4	9.6		5	5	7.6	14.3		0	0	.0	.0		2	8	8.7	7.3	
94	Haut-bürst. Häufigk.	An-zahl/ Wo. 0	45	23	57.7	44.2	.291	37	16	56.1	45.7	.477	8	7	66.7	41.2	.211	11	59	47.8	54.1	.583
		1-3	21	20	26.9	38.5		17	13	25.8	37.1		4	7	33.3	41.2		9	31	39.1	28.4	
		4-20	12	9	15.4	17.3		12	6	18.2	17.1		0	3	.0	17.6		3	19	13.0	17.4	
95	Haut-bürst. Dauer	Zahl d.Mi-nuten durch-schn. 0	45	23	57.7	44.2	.243	37	16	56.1	45.7	.431	8	7	66.7	41.2	.147	11	59	47.8	54.1	.659
		1-5	19	20	24.4	38.5		16	14	24.2	40.0		3	6	25.0	35.3		9	29	39.1	26.6	
		6-10	8	7	10.3	10.3		8	3	12.1	8.6		0	4	.0	23.5		2	13	8.7	11.9	
		11-20	6	2	7.7	3.8		5	2	7.6	5.7		1	0	8.3	.0		1	8	4.3	7.3	
96	Entsp. Häufigk.	An-zahl/ Wo. 0	33	28	42.3	53.8	.233	27	17	40.9	48.6	.474	6	11	50.0	64.7	.581	12	49	52.2	45.0	.259
		1-5	36	20	46.2	38.5		32	15	48.5	42.9		4	5	33.3	29.4		8	51	34.8	46.8	
		6-10	2	0	2.6	.0		2	0	3.0	.0		2	1	16.7	5.9		3	7	13.0	6.4	
		11	7	4	9.0	7.6		5	3	7.6	8.6		0	0	.0	.0		3	7	13.0	6.4	
97	Entsp. Dauer	Zahl d.Mi-nuten durch-schn. 0	32	27	41.0	51.9	.045	26	16	39.4	45.7	.065	6	11	50.0	64.7	.277	12	46	52.2	45.0	.053
		1-5	8	9	10.3	17.3		6	8	9.1	22.1		2	1	16.7	5.9		5	12	21.7	11.0	
		6-10	21	4	26.9	7.7		18	3	27.3	8.6		3	1	25.0	5.9		0	26	.0	23.9	
		11-90	17	12	21.3	23.1		16	8	24.2	22.9		1	4	8.3	23.5		6	25	26.1	22.9	
106	z.Zt. arb.l.		2	8	3.0	16.3	.019	0	2	.0	6.5	.063	2	6	16.7	33.3	.282	3	5	13.0	5.4	.384
			65	41	97.0	83.6		55	29	100.0	93.5		10	12	83.3	66.7	(F)	20	88	87.0	94.5	
107	n.Kur gl. Arb.-St.	1=ja	63	41	95.5	85.4	.124	52	28	96.3	90.3	.517	11	13	91.7	76.5	.293	20	84	90.9	91.3	.718
		2=nein	3	7	4.5	14.6		2	3	3.7	9.7		1	4	8.3	23.5	(F)	2	8	9.1	8.7	
108	n.Kur and. Arb.-Pl.	1=ja	4	5	6.1	10.6	.594	3	4	5.6	12.9	.438	1	1	8.3	6.3	.682	1	8	4.8	8.7	.877
		2=nein	62	42	93.9	89.4		51	27	94.4	87.1		11	15	91.7	93.8	(F)	20	84	95.2	91.3	
109	Arb. z.schwer	1=ja	4	3	50.0	23.1	.219	3	1	60.0	16.7	.196	1	2	33.3	28.6	.708	0	6	.0	35.3	.456
		2=nein	4	10	50.0	76.9	(F)	2	5	40.0	83.3	(F)	2	5	66.7	71.4	(F)	2	11	100.0	64.7	(F)
110	Arb.nicht befried.	1=ja	2	3	25.0	25.0	1.000	2	2	40.0	40.0	1.000	0	1	.0	14.3	.700	0	5	.0	31.3	.509
		2=nein	6	9	75.0	75.0	(F)	3	3	60.0	60.0	(F)	3	6	100.0	85.7	(F)	2	11	100.0	68.8	(F)
111	nicht gen. verd.	1=ja	2	2	25.0	16.7	.534	2	1	40.0	20.0	.500	0	1	.0	14.3	.700	0	4	.0	25.0	.595
		2=nein	6	10	75.0	83.3	(F)	3	4	60.0	80.0	(F)	3	6	100.0	85.7	(F)	2	12	100.0	75.0	(F)

Fortsetzung Tab. 23e:

Nr.	Variable	Skalen/ Polung	Gesamte Stichprobe der LVA-Kurpatienten Wb	Sb	Wb	Sb	p	Männliche Stichprobe der LVA-Kurpatienten Wb	Sb	Wb	Sb	p	Weibliche Stichprobe der LVA-Kurpatienten Wb	Sb	Wb	Sb	p	Gesamte Stichprobe der LVA-Kurpatienten P Ja	P Nein	P Ja	P Nein	p
112	sonst.	1=ja	4	8	50.0	66.7	.388	2	4	40.0	80.0	.262	2	4	66.7	57.1	.666	2	9	100.0	56.3	.359
		2=nein	4	4	50.0	33.3	(F)	3	1	60.0	20.0	(F)	1	3	33.3	42.9	(F)	0	7	.0	43.8	(F)
113	Dauer d.Arbl.	4-15 Wo.	1	7	50.0	77.8	.465	0	2				1	5	50.0	83.3	.502	1	5	50.0	28.6	.411
		16-52 Wo.	1	2	50.0	22.2	( )	0	1				1	1	50.0	16.7	(F)	1	2	50.0	71.4	(F)
114	Ber.-Beanspr.	1=geist.	3	2	50.0	28.6	.568	3	2	60.0	50.0	.487	0	0	.0	.0	.250	1	4	100.0	33.3	.420
		2=körp.	1	3	16.7	42.9		1	0	20.0	.0		0	3	.0	100.0	(F)	0	4	.0	33.3	(F)
		3=beides	2	2	33.3	28.6		1	2	20.0	50.0		1	0	100.0	.0		0	4	.0	33.3	
115	Ber. Körperh.	1=sitzend	5	4	83.3	57.1	.347	4	3	80.0	75.0	.722	1	1	100.0	33.3	.500	1	8	100.0	66.7	.692
		2=stehend	1	3	16.7	42.9	(F)	1	1	20.0	25.0	(F)	0	2	.0	67.7	(F)	0	4	.0	33.3	(F)
		3=laufend	0	0	.0	.0		0	0	.0	.0		0	0	.0	.0		0	0	.0	.0	
116	Arb.-Zt.	1=stundenw.	0	0	.0	.0	.629	0	0	.0	.0	.643	0	0	.0	.0	.750	0	0	.0	.0	.296
		2=halbtgs.	0	1	.0	14.3		0	0	.0	.0	(F)	0	1	.0	33.3		0	1	.0	8.3	(F)
		3=8 St./T.	4	4	66.7	57.1		3	2	60.0	50.0		1	2	100.0	66.7		0	8	.0	66.7	
		4=üb.8 St./T.	2	2	33.3	28.6		2	2	40.0	90.0		0	0	.0	.0		1	3	100.0	25.0	
117	Schicht	1=ja	0	1	.0	14.3	.538	0	0				0	1	.0	33.3	.750	0	1	.0	8.3	.923
		2=nein	6	6	100.0	85.7		5	4				1	2	100.0	66.7		1	11	100.0	91.7	(F)
119	Körp. äuß.Bel.	1=ja	0	4	.0	57.1	.049	0	1	.0	25.0	.444	0	3	.0	100.0	.250	0	4	.0	33.3	.692
		2=nein	6	3	100.0	42.9	(F)	5	3	100.0	75.0	(F)	1	0	100.0	.0	(F)	1	8	100.0	66.7	(F)
120	Nettoverd.	1=500 DM	0	1	.0	14.3	.202	0	0	.0	.0	.113	0	1	.0	33.3	.750	0	1	.0	8.3	.461
		2=bis 1000	2	2	33.3	28.6		1	0	20.0	.0		1	2	100.0	66.7	(F)	0	4	.0	33.3	(F)
		3=bis 1500	3	1	50.0	14.3		3	1	60.0	25.0		0	0	.0	.0		0	4	.0	33.3	
		4=bis 2000	1	0	16.7	.0		1	0	20.0	.0		0	0	.0	.0		0	1	.0	8.3	
		5=bis 3000	0	3	.0	42.9		0	3	.0	75.0		0	0	.0	.0		1	2	100.0	16.7	
121	Neb.-Tät.	1=ja	18	13	22.5	24.5	.951	16	8	23.5	22.9	.865	2	5	16.7	27.8	.403	7	26	30.4	23.4	.656
		2=nein	62	40	77.5	75.5		52	27	76.5	77.1		10	13	83.3	72.2	(F)	16	85	69.6	76.6	
122	Häufigk.d. Krankm.l.6 Mon.	Anzahl 0	67	39	82.7	73.6	.286	59	25	86.8	71.4	.140	8	14	61.5	77.8	.390	19	89	82.6	78.8	.466
		1	12	10	14.8	18.9		8	8	11.8	22.9		4	2	30.8	11.1		4	17	17.4	15.0	
		2	2	4	2.5	7.5		1	2	1.5	5.7		1	2	7.7	11.1		0	7	.0	6.2	
123	Dauer d.Krankm.l. 6 Mon.	Anzahl Wochen 0	58	51	76.3	81.0	.299	59	25	86.8	72.4	.312	7	14	53.8	77.8	.317	19	88	82.6	77.9	.524
		1	4	3	5.3	4.8		3	2	4.4	5.7		2	0	15.4	.0		2	5	8.7	4.4	
		2	7	5	9.2	7.9		4	4	5.9	11.4		1	2	7.7	11.1		1	11	4.3	9.7	
		3	2	1	2.6	1.6		1	0	1.5	.0		1	1	7.7	5.6		0	2	.0	1.8	
		4	1	1	1.3	1.6		1	1	1.5	2.9		0	0	.0	.0		0	2	.0	1.8	
		6	1	1	1.3	1.6		0	1	.0	2.9		1	0	7.7	.0		0	2	.0	1.8	
		7	1	0	1.3	.0		0	1	.0	2.9		0	0	.0	.0		0	1	.0	.9	
		12	1	0	.0	.0		0	0	.0	.0		1	0	7.7	.0		0	1	.0	.9	
		16	0	1	1.0	1.6		0	0	.0	.0		0	1	.0	5.6		0	1	.0	.9	
		28	1	0	1.3	.0		0	1	.0	2.9		0	0	.0	.0		1	0	4.3	.0	
124	Häufigk. d.Krankenh.-aufenth.l. 6 Mon.	Anzahl 0	71	62	93.4	98.4	.299	68	33	100.0	94.3	.216	11	16	84.6	88.9	.940	22	109	95.7	96.5	.822
		1	3	1	3.9	1.6		0	2	.0	5.7		1	1	7.7	5.6		1	3	4.3	2.7	
		2	2	0	2.6	.0		0	0	.0	.0		1	1	7.7	5.6		0	1	.0	.9	
125	Rent.-Antr.	1=ja	1	0	1.3	.0	.827	0	0				1	0	8.3	.0	.414	0	1	.0	.9	.388
		2=nein	79	52	98.7	100.0		68	35				11	17	91.7	100.0	(F)	23	111	100.0	99.0	
128	St. Erhol./T.	Anzahl St./T. 0	3	1	3.7	1.9	.208	3	1	4.4	2.9	.307	0	0	.0	.0	.023	0	4	.0	3.5	.328
		1	22	21	27.2	39.6		18	8	26.5	22.9		4	13	30.8	72.2		9	35	39.1	31.0	
		2	30	23	37.0	43.4		25	20	36.8	57.1		5	3	38.5	16.7		9	44	39.1	38.9	
		3	13	5	16.0	9.4		9	5	13.2	14.3		4	0	30.8	.0		1	18	4.3	15.9	
		4	8	2	9.9	3.8		8	1	11.8	2.9		0	1	.0	5.6		4	6	17.4	5.3	
		5	4	0	4.9	.0		4	0	5.9	.0		0	0	.0	.0		0	4	.0	3.5	
		6	0	1	.0	1.9		0	0	.0	.0		0	1	.0	5.6		0	1	.0	.9	
		8	1	0	1.2	.0		1	0	1.5	.0		0	0	.0	.0		0	1	.0	.9	
129	Überwieg. Freiz.-Gest.	Überw. 1=körp. Bet.	62	40	76.5	75.5	.534	55	27	80.9	77.1	.851	7	13	53.8	72.2	.363	16	88	69.6	77.9	.581
		2=sonst. Bet.	19	13	23.4	25.5		13	8	19.1	22.9		6	5	46.2	27.7		7	25	30.4	32.1	
130	St. körp. Bet./Wo.	1=bis 2St./Wo.	16	6	19.8	11.3	.613	13	3	19.1	8.6	.703	0	0	.0	.0	.291	2	21	8.7	18.6	.134
		2=2-4St/Wo.	25	18	30.9	34.0		20	11	29.4	31.4		3	3	23.1	16.7		10	34	43.5	30.1	
		3=5-7St/Wo.	20	14	24.7	26.4		15	10	22.1	28.6		5	7	38.5	38.9		9	26	39.1	23.0	
		4=8-10St/Wo.	10	5	12.3	9.4		10	5	14.7	14.3		5	4	38.5	22.2		1	15	4.3	13.3	
		5=üb.10 St/Wo.	10	10	12.3	18.9		10	6	14.7	17.1		0	4	.0	22.2		1	17	4.3	15.0	

Fortsetzung Tab. 23e:

Nr.	Variable	Skalen/ Polung		Gesamte Stichprobe der LVA-Kurpatienten Wb	Sb	Wb	Sb	p	Männliche Stichprobe der LVA-Kurpatienten Wb	Sb	Wb	Sb	p	Weibliche Stichprobe der LVA-Kurpatienten Wb	Sb	Wb	Sb	p	Gesamte Stichprobe der LVA-Kurpatienten P Ja	P Nein	P Ja	P Nein	p
131	Kaffee- bzw. Tee- kons./ T.	Anzahl Tassen/T.	0	9	8	11.1	15.1	.714	8	7	11.8	20.0	.929	1	1	7.7	5.6	.473	4	12	17.4	10.6	.059
			1	19	7	23.5	13.2		16	6	23.5	17.1		3	1	23.1	5.6		0	27	.0	23.9	
			2	26	16	32.1	30.2		21	11	30.9	31.4		5	5	38.5	27.8		8	35	34.8	31.0	
			3	14	12	17.3	22.6		13	6	19.1	17.1		1	6	7.7	33.3		6	20	26.1	17.7	
			4	6	7	7.4	13.2		4	3	5.9	8.6		2	4	15.4	22.2		5	8	21.7	7.1	
			5	2	1	2.5	1.9		2	1	2.9	2.9		0	0	.0	.0		0	3	.0	2.7	
			6	4	2	4.9	3.8		3	1	4.4	2.9		1	1	7.7	5.6		0	7	.0	6.2	
			7	1	0	1.2	.0		1	0	1.5	.0		0	0	.0	.0		0	1	.0	.9	
			≥8																0	0	.0	.0	
132	Bier- kons./ Wo.	Anzahl 1/Wo.	0	19	12	23.5	22.6	.333	10	4	14.7	11.4	.361	9	8	69.2	44.4	.589	7	26	30.4	23.0	.704
			1	10	13	12.3	24.5		8	8	11.8	22.9		2	5	15.4	27.8		1	22	4.3	19.5	
			2	12	8	14.8	15.1		11	5	16.2	14.3		1	3	7.7	16.7		5	15	21.7	13.3	
			3	13	5	16.0	9.4		12	3	17.6	8.6		1	2	7.7	11.1		4	14	17.4	12.4	
			4	3	5	3.7	9.4		3	5	4.4	14.3		0	0	.0	.0		1	7	4.3	6.2	
			5	5	3	6.2	5.7		5	3	7.4	8.6		0	0	.0	.0		2	6	8.7	5.3	
			6	5	4	6.2	7.5		5	4	7.4	11.4		0	0	.0	.0		1	8	4.3	7.1	
			7	5	1	6.2	1.9		5	1	7.4	2.9		0	0	.0	.0		1	5	4.3	4.4	
			≥8	9	2	11.1	3.8		9	2	13.2	5.7		0	0	.0	.0		1	10	4.3	8.8	
133	Kons. hoch- proz. Getr./ Wo.	An- zahl Glä- ser/ Wo.	0	60	41	75.0	77.4	.577	49	27	73.1	77.1	.643	11	14	84.6	77.8	.227	20	83	87.0	74.1	.677
			1-2	9	6	11.2	11.3		7	5	10.4	14.3		2	1	15.4	5.6		2	12	8.7	10.7	
			3-4	7	6	8.8	11.3		7	3	10.4	8.6		0	3	.0	16.7		1	12	4.3	10.7	
			5-6	2	0	2.5	.0		2	0	3.0	.0		0	0	.0	.0		0	2	.0	1.8	
			7-8	2	0	2.5	.0		2	0	3.0	.0		0	0	.0	.0		0	3	.0	2.7	
134	Wein- kons./ Wo.	0=0l/Wo.		38	32	48.1	61.5	.579	33	23	49.3	65.7	.241	5	9	41.7	52.9	.313	13	60	56.5	54.1	.898
		1=0,5l/Wo.		26	13	32.9	25.0		22	5	32.8	14.3		4	8	33.3	47.1		7	32	30.4	28.8	
		2=1l/Wo.		11	6	13.9	11.5		10	6	14.9	17.1		1	0	8.3	.0		3	14	13.0	12.6	
		3=1,5l/Wo.		1	0	1.3	.0		0	0	.0	.0		1	0	8.3	.0		0	1	.0	.9	
		4=2l/Wo.		3	1	3.8	1.9		2	1	3.0	2.9		1	0	8.3	.0		0	4	.0	3.6	
135	Rauch. (wied) aufgen.	1=ja		2	2	3.4	5.1	.924	1	2	2.0	8.7	.481	1	0	11.1	.0	.360	0	4	.0	4.9	.800
		2=nein		57	37	96.6	94.9		49	21	98.0	91.3		8	16	88.9	100.0	(F)	17	78	100.0	95.1	
136	Rauch. beg. Mon.	Nr.des Monats	6	0	1	.0	50.0	.368	0	1	.0	50.0	.223	0	0								
			7	1	1	50.0	50.0		0	1	.0	50.0		1	0								
			8	1	0	50.0	.0		1	0	100.0	.0		0	0								
137	Rauch. beend.	1=ja		1	1	4.5	7.1	.678	1	0	5.6	.0	.600	0	1	.0	50.0	.333	1	1	16.7	3.2	.729
		2=nein		21	13	95.5	92.9		17	12	94.4	100.0	(F)	4	1	100.0	50.0	(F)	5	30	83.3	96.8	
138	Rauch. beend. Mon.	Nr.des Monats	7	0	1	.0	100.0	.500	0	0				0	1				1	0	100.0	.0	.500
			11	1	0	100.0	.0	(F)	1	0				0	0				0	1	.0	100.0	
139	Ziga- rett./ T.	Stück/ T.	0-10	11	7	47.8	46.8	.499	7	7	38.9	49.7	.305	0	0	0.0	.0	.333	2	17	40.0	50.0	.837
			11-20	7	7	30.4	46.8		6	6	33.4	42.8		4	0	80.0	.0	(F)	2	12	40.0	35.3	
			21-30	5	1	21.7	6.7		5	1	27.8	7.1		1	1	20.0	100.0		1	5	20.0	14.7	
143	Schlaf- tbl. 1.6 Mon.			76	46	93.8	86.8	.297	64	30	94.1	85.7	.386	12	16	92.3	88.9	.675	21	102	91.3	90.3	.062
				0	0	.0	.0		0	0	.0	.0		0	0	.0	.0		0	0	.0	.0	
				4	4	4.9	7.5		3	3	4.4	8.6		1	1	7.7	5.6		0	8	.0	7.1	
				0	2	.0	3.8		0	1	.0	2.9		0	1	.0	5.6		2	1	8.7	.9	
				1	1	1.2	1.9		1	1	1.5	2.9		0	0	.0	.0		0	2	.0	1.8	
144	Beruh.- tbl. .6 Mon.			70	27	86.4	50.9	.000	61	20	89.7	57.9	.004	9	7	69.2	38.9	.347	13	84	56.5	74.3	.103
				0	1	.0	1.9		0	1	.0	2.9		0	0	.0	.0		1	0	4.3	.0	
				2	4	2.5	7.5		1	3	1.5	8.6		1	1	7.7	5.6		2	4	8.7	3.5	
				4	10	4.9	18.9		3	7	4.4	20.0		1	3	7.7	16.7		3	13	13.0	11.5	
				5	11	6.2	20.8		3	4	4.4	11.4		2	7	15.4	38.9		4	12	17.4	10.6	
145	Schmerz- tbl. 1. 6 Mon.			53	25	65.4	47.2	.132	46	16	67.6	45.7	.041	7	9	53.8	50.0	.564	11	66	47.8	58.4	.574
				6	2	7.4	3.8		6	1	8.8	2.9		0	1	.0	5.6		2	6	8.7	5.3	
				9	9	11.1	17.0		8	7	11.8	20.0		1	2	7.7	11.1		4	15	17.4	13.3	
				11	14	13.6	26.4		6	10	8.8	28.6		5	4	38.5	22.2		6	20	26.1	17.7	
				2	3	2.5	5.7		2	1	2.9	2.9		0	2	.0	11.1		0	6	.0	5.3	
146	Auf- putsch- tbl. 1.6 Mon.	0=nie		78	50	96.3	94.3	.741	66	34	97.1	97.1	.689	12	16	92.3	88.9	.675	22	108	96.7	95.6	.756
		1=etw.2/6Mon.		1	0	1.2	.0		1	0	1.5	.0		0	0	.0	.0		0	1	.0	.9	
		2=etw.2/Mon.		1	1	1.2	3.8		1	1	1.5	2.9		1	1	7.7	5.6		1	2	4.3	1.8	
		3=etw.2/Wo.		0	0	.0	.0		0	0	.0	.0		0	0	.0	.0		0	0	.0	.0	
		4=fast tägl.		1	1	1.2	3.8		0	0	.0	.0		0	1	.0	5.6		0	2	.0	1.8	
147	Abführ- tbl. 1.6 Mon.			75	43	92.6	81.1	.109	64	31	94.1	88.6	.649	11	12	84.6	66.7	.451	20	98	87.0	86.7	.418
				1	1	1.2	1.9		1	1	1.5	2.9		0	0	.0	.0		0	2	.0	1.8	
				0	4	.0	7.5		0	1	.0	2.9		0	3	.0	16.7		1	3	4.3	2.7	
				3	2	3.7	3.8		2	1	2.9	2.9		1	1	7.7	5.6		2	3	8.7	2.7	
				2	3	2.5	5.7		1	1	1.5	2.9		1	2	7.7	11.1		0	7	.0	6.2	
148	Sonst. Medik. 1.6 Mon.			58	31	71.6	58.5	.009	50	21	73.5	60.0	.060	8	10	61.5	55.6	.168	14	14	60.9	67.3	.348
				1	0	1.2	1.9		1	0	1.5	.0		0	0	.0	.0		0	0	.0	.0	
				1	6	1.2	7.5		1	3	1.4	8.6		0	3	.0	16.7		3	3	13.0	3.5	
				4	9	4.9	3.8		4	7	5.9	20.0		0	2	.0	11.1		3	3	13.0	8.8	
				17	7	21.0	5.7		12	4	17.6	11.4		5	3	38.5	16.7		3	3	13.0	19.5	

Fortsetzung Tab. 23e:

Nr.	Variable	Skalen/ Polung	Gesamte Stichprobe der LVA-Kurpatienten Wb	Sb	Wb	Sb	p	Männliche Stichprobe der LVA-Kurpatienten Wb	Sb	Wb	Sb	p	Weibliche Stichprobe der LVA-Kurpatienten Wb	Sb	Wb	Sb	p	Gesamte Stichprobe der LVA-Kurpatienten P Ja	P Nein	P Ja	P Nein	p
149	Haus-	Anzahl 0	26	16	32.1	30.2	.640	22	13	32.4	37.1	.322	4	3	30.8	16.7	.555	10	33	43.5	29.2	.623
	arzt	1	18	13	22.2	24.5		18	10	26.5	28.6		0	3	.0	16.7		4	27	17.4	23.9	
	aufges.	2	16	7	19.8	13.2		14	4	20.6	11.4		2	3	15.4	16.7		5	19	21.7	16.8	
	1.6	3	6	3	7.4	5.7		3	0	4.4	.0		3	3	23.1	16.7		0	9	.0	8.0	
	Mon.	4	5	4	6.2	7.5		3	2	4.4	5.7		2	2	15.4	11.1		3	7	13.0	6.2	
		5	2	1	2.5	1.9		2	1	2.9	2.9		0	0	.0	.0		0	3	.0	2.7	
		6	2	4	2.5	7.5		2	3	2.9	8.6		0	1	.0	5.6		0	6	.0	5.5	
		7	0	1	.0	1.9		0	0	.0	.0		0	1	.0	5.6		0	1	.0	.9	
		8	1	2	1.2	3.8		1	1	1.5	2.9		0	1	.0	5.6		0	2	.0	1.8	
		10	2	0	2.5	.0		1	0	1.4	.0		1	0	7.7	.0		0	2	.0	1.8	
		12	2	0	2.5	.0		1	0	1.5	.0		1	0	7.7	.0		0	2	.0	1.8	
		14	1	1	1.2	1.9		1	1	1.5	2.9		0	0	.0	.0		1	1	4.3	.9	
		25	0	1	.0	1.9		0	0	.0	.0		1	1	7.7	5.6		0	1	.0	.9	
150	Fach-	Anzahl 0	67	36	83.7	67.9	.475	59	25	88.1	71.4	.244	8	11	61.5	61.1	.643	15	88	65.2	78.6	.622
	arzt	1	6	6	7.5	11.3		4	5	6.0	14.3		2	1	15.4	5.6		2	10	8.7	8.9	
	aufges.	2	4	5	5.0	9.4		2	3	3.0	8.6		2	2	15.4	11.1		3	8	13.0	7.1	
	1.6	3	1	1	1.3	1.9		1	0	1.5	.0		0	1	.0	5.6		1	2	4.3	1.8	
	Mon.	5	1	2	1.3	3.8		1	1	1.5	2.9		0	1	.0	5.6		1	1	4.3	.9	
		10	1	1	1.3	1.9		0	1	.0	2.9		1	0	7.7	.0		1	1	4.3	.9	
		14	0	1	.0	1.9							0	1	.0	5.6		0	1	.0	.9	
		20	0	1	.0	1.9							0	1	.0	5.6		0	1	.0	.9	
151	Psychol.,	An - 0	80	49	100.0	92.4	.183	67	34	100.0	97.1	.740	13	15	100.0	88.2	.440	22	109	95.7	98.2	.154
	Psychiat.	zahl 1	0	1	.0	1.9		0	1	.0	2.9		0	0	.0	.0		1	0	4.3	.0	
	Soz.-	3	0	1	.0	1.9		0	0	.0	.0		0	1	.0	5.9		0	1	.0	.9	
	Arb.	5	0	1	.0	1.9		0	0	.0	.0		0	1	.0	5.9		0	0	.0	.0	
	aufges.l.	10	0	1	.0	1.9		0	0	.0	.0		0	1	.0	5.9		0	1	.0	.9	
	6 Mon.																					
153	Beurt.	1=ja	68	44	84.0	83.0	.923	57	57	83.8	85.7	.971	11	14	84.6	77.8	.988	21	92	91.3	81.4	.396
	Leb.-	2=nein	13	9	16.0	17.0		11	11	16.2	14.3		2	4	15.4	22.2		2	21	8.7	18.6	
	Führ.ges.																					
154	Er.	0=nicht vorg.	70	36	86.4	67.9	.016	59	26	86.8	74.3	.189	11	10	84.6	84.6	.114	17	92	73.9	82.1	.230
	Fam.	1=erfreul.,	2	2	2.5	3.8		2	1	2.9	2.9		0	1	.0	5.6		2	2	8.7	1.8	
	unang	2 ang.	3	0	3.7	.0		2	0	2.9	.0		1	0	7.7	.0		1	2	4.3	1.8	
		3	0	2	.0	3.8		0	2	.0	5.7		0	0	.0	.0		1	1	4.3	.9	
		4 ärgerl.,	2	2	2.5	3.8		1	1	1.5	2.9		1	1	7.7	5.6		1	2	4.3	1.8	
		5=unang.	4	11	4.9	20.8		4	5	5.9	14.3		0	6	.0	33.3		1	13	4.3	11.6	
155	Er.	0=nicht vorg.	70	35	86.4	66.0	.037	59	26	86.8	74.3	.253	11	9	84.6	50.0	.211	17	92	73.9	82.1	.344
	Fam.	1=nicht bel.	4	3	4.9	5.7		3	1	4.4	2.9		1	2	7.7	11.1		3	4	13.0	3.5	
	bel.	2	0	0	.0	.0		0	0	.0	.0		0	0	.0	.0		0	0	.0		
		3	1	2	1.2	3.8		1	2	1.5	5.7		0	0	.0	.0		1	2	4.3	1.8	
		4	0	2	.0	3.8		0	0	.0	.0		0	2	.0	11.1		0	1	.0	.9	
		5=sehr bel.	6	11	7.4	20.8		5	6	7.4	17.1		1	5	7.7	27.8		2	14	8.7	12.4	
156	Er.	0=nicht vorg.	78	43	96.3	81.1	.050	66	29	97.1	82.9	.046	12	14	92.3	77.8	.492	20	103	87.0	91.2	.695
	Ber.	1=erfreul.,	0	2	.0	3.8		0	0	.0	.0		0	2	.0	11.1		0	2	.0	1.8	
	un-	2 ang.	1	1	1.2	1.9		1	1	1.5	2.9		0	0	.0	.0		1	1	4.3	.9	
	ang.	3	1	3	1.2	5.7		1	2	1.5	5.7		0	1	.0	5.6		1	4	4.3	3.5	
		4 ärgerl.,	0	0	.0	.0		0	0	.0	.0		0	0	.0	.0		0	0	.0	.0	
		5=unang.	1	4	1.2	7.5		0	3	.0	8.6		1	1	7.7	5.6		1	3	4.3	2.7	
157	Er.	0=nicht vorg.	78	43	96.3	81.1	.012	66	29	97.1	82.9	.017	12	14	92.3	77.8	.345	20	103	87.0	91.2	.631
	Ber.	1=nicht bel.	0	0	1.2	.0		0	0	.0	.0		1	0	7.7	.0		0	1	.0	.9	
	bel.	2	1	1	1.2	1.9		1	0	1.5	.0		0	1	.0	5.6		0	2	.0	1.8	
		3	1	3	1.2	5.7		1	2	1.5	5.7		0	1	.0	5.6		1	4	4.3	3.5	
		4	0	0	.0	.0		0	0	.0	.0		0	0	.0	.0		0	0	.0	.0	
(154-		5=sehr bel.	1	6	.0	11.3		0	4	.0	11.4		0	2	.0	11.1		2	3	8.7	2.7	
163)																						
Besondere		0=keine	60	26	74.1	49.1	.006	51	19	75.0	54.3	.056	9	7	69.2	38.9	.192	13	76	56.5	67,3	.455
Ereignisse		Vorkomm-																				
und Verän-		nisse																				
derungen im		1=Vorkomm-	21	27	25.9	50.9		17	16	25.0	45.7		4	11	30.8	61.1		10	37	43.5	32.7	
halben Jahr		nisse																				
nach d.Kur																						
Psychologisches Interview, Kuranfang T1																						
173	Er.	0=nicht vorg.	76	29	76.0	40.3	.000	61	21	75.3	45.7	.001	15	8	78.9	30.8	.036	10	93	34.5	66.4	.025
	Fam.	1=erfreul.,	6	6	6.0	8.3		6	4	7.4	8.7		0	2	.0	7.7		3	9	10.3	6.4	
	un-	2 ang.	5	3	5.0	4.2		4	2	4.9	4.3		1	1	5.3	3.8		2	6	6.9	4.3	
	ang.	3	4	4	4.0	5.6		3	2	3.7	4.3		1	2	5.3	7.7		1	7	3.4	5.0	
		4 ärgerl.,	4	5	4.0	6.9		4	3	4.9	6.5		0	2	.0	7.7		3	6	10.3	4.3	
		5=unang.	5	25	5.0	34.7		3	14	3.7	30.4		2	11	10.5	42.3		10	19	34.5	13.6	
174	Er.	0=nicht vorg.	78	29	78.0	40.3	.000	63	21	77.8	45.7	.000	15	8	78.9	30.8	.039	11	94	39.9	67.1	.001
	Fam.	1=nicht bel.	4	1	4.0	1.4		3	0	3.7	.0		1	1	5.3	3.8		1	4	3.4	2.9	
	bel.	2	3	2	3.0	2.8		3	1	3.7	2.2		0	1	.0	3.8		1	4	3.4	2.9	
		3	5	6	5.0	8.3		4	4	4.9	8.7		1	2	5.3	7.7		1	10	3.4	7.1	
		4	4	3	4.0	4.2		4	2	4.9	4.3		0	1	.0	3.8		0	7	.0	5.0	
		5=sehr bel.	6	31	6.0	43.1		4	18	4.9	39.1		2	13	10.5	50.0		15	21	51.7	15.0	
175	Er.	0=nicht vorg.	70	42	70.0	58.3	.041	55	31	67.9	59.6	.120	15	11	78.9	55.0	.280	19	89	69.0	63.6	.594
	Ber.	1=erfreul.	6	5	6.0	6.9		6	5	7.4	9.6		0	0	.0	.0		2	9	6.9	6.4	
	un-	2 ang.	3	1	3.0	1.4		1	0	1.2	.0		2	1	10.6	5.0		0	4	.0	2.8	
	ang.	3	6	1	6.0	1.4		5	0	6.2	.0		1	1	5.3	5.0		0	7	.0	5.0	
		4 ärgerl.,	7	5	7.0	6.9		6	4	7.4	7.7		1	1	5.3	5.0		1	11	3.4	7.9	
		5=unang.	8	18	8.0	25.0		8	12	9.9	23.1		0	6	.0	30.0		6	20	20.7	14.3	

Fortsetzung Tab. 23 a:

Nr.	Variable	Skalen/ Polung	Gesamte Stichprobe der LVA-Kurpatienten Wb	Sb	Wb	Sb	p	Männliche Stichprobe der LVA-Kurpatienten Wb	Sb	Wb	Sb	p	Weibliche Stichprobe der LVA-Kurpatienten Wb	Sb	Wb	Sb	p	Gesamte Stichprobe der LVA-Kurpatienten P Ja	P Nein	P Ja	P Nein	p
176	Er. Ber. bel.	0=nicht vorg.	69	42	69.0	58.3	.053	54	31	66.7	59.6	.120	15	11	78.9	55.5	.282	19	89	65.5	63.6	.560
		1=nicht bel.	4	2	4.0	2.8		4	1	4.9	1.9		0	1	.0	5.0		0	6	.0	4.3	
		2	4	1	4.0	1.4		2	1	2.9	1.9		2	0	10.6	.0		2	3	6.9	2.1	
		3	4	0	4.0	.0		3	0	3.7	7.7		1	0	5.3	.0		0	4	.0	2.9	
		4	6	6	6.0	8.3		6	4	7.4	7.7		0	2	.0	10.0		2	10	6.9	7.1	
		5=sehr bel.	13	21	13.0	29.3		12	19	14.8	28.4		1	6	5.3	30.0		6	28	37.9	17.9	
177	Er. Ges. un- ang.	0=nicht vorg.	66	44	66.0	61.0	.061	55	32	67.9	69.3	.366	11	12	57.9	46.2	.230	15	94	51.7	67.1	.122
		1=erfreul.,	4	0	4.0	.0		4	0	4.9	.0		0	0	.0	.0		0	4	.0	2.9	
		2 angen.	2	0	2.0	.0		2	0	2.5	.0		0	0	.0	.0		1	1	3.4	.7	
		3	4	0	4.0	.0		2	0	2.5	.0		2	0	10.5	.0		0	4	.0	2.9	
		4 ärgerl.,	7	7	7.0	9.7		6	4	7.4	8.7		1	3	5.3	11.5		2	12	6.9	8.6	
		5=unang.	17	21	17.0	27.2		12	10	14.8	21.7		5	11	26.3	42.3		11	25	37.9	17.9	
178	Er. Ges. bel.	0=nicht vorg.	67	44	67.0	61.1	.228	56	32	69.1	69.6	.397	11	12	57.9	46.2	.854	16	94	55.2	67.1	.219
		1=nicht bel.	1	0	1.0	.0		1	0	1.2	.0		0	0	.0	.0		0	1	.0	.7	
		2	4	1	4.0	1.4		3	0	3.7	.0		1	1	5.3	3.2		0	5	.0	3.6	
		3	3	0	3.0	.0		3	0	3.7	.0		0	0	.0	.0		0	3	.0	2.1	
		4	8	6	8.0	8.3		7	4	8.6	8.7		1	2	5.3	7.7		2	12	6.9	8.6	
		5=sehr bel.	17	21	17.0	29.2		11	10	23.6	21.7		6	11	31.6	42.3		11	25	37.9	17.9	
179	Er. wirt- sch. un- ang.	0=nicht vorg.	83	53	83.0	73.6	.179	65	35	80.2	76.1	.697	18	18	94.7	69.2	.169	21	117	72.4	81.4	.039
		1=erfreul.,	6	5	6.0	6.9		5	2	6.2	4.3		1	3	5.3	11.5		4	6	13.8	4.3	
		2 angen.	3	2	3.0	2.8		3	2	3.7	4.3		0	0	.0	.0		0	5	.0	3.6	
		3	5	2	5.0	2.8		5	2	6.2	4.3		0	0	.0	.0		0	7	.0	5.0	
		4 ärgerl.,	1	3	1.0	4.2		1	1	1.2	2.2		0	2	.0	7.7		0	3	.0	2.1	
		5=unang.	2	7	2.0	9.7		2	4	2.5	8.7		0	3	.0	11.5		4	5	13.8	3.6	
180	Er. wirt- sch. bel.	0=nicht vorg.	83	53	83.0	73.6	.652	65	35	80.2	76.1	.395	18	18	94.7	69.2	.088	21	114	72.4	81.4	.182
		1=nicht bel.	1	1	1.0	1.4		0	1	.0	2.2		1	0	5.3	.0		0	2	.0	1.4	
		2	2	1	2.0	1.4		2	1	2.5	2.2		0	0	.0	.0		0	6	.0	4.3	
		3	4	3	4.0	4.2		4	0	4.9	.0		0	3	.0	11.5		0	6	.0	4.3	
		4	4	6	4.0	8.3		4	4	4.9	8.7		0	2	.0	7.7		3	6	10.3	4.3	
		5=sehr bel.	6	8	6.0	11.1		6	5	7.4	10.9		0	3	.0	11.5		5	9	17.2	6.4	
181	Er. sonst. un- ang.	0=nicht vorg.	88	61	88.0	84.7	.445	70	39	86.4	84.8	.293	18	22	94.7	84.6	.352	27	119	93.1	85.0	.749
		1=erfreul.,	3	3	3.0	4.2		2	3	2.5	6.5		1	0	5.3	.0		0	6	.0	4.3	
		2 angen.	4	1	4.0	1.4		4	0	4.9	.0		0	1	.0	3.8		0	5	.0	3.6	
		3	0	0	.0	.0		0	0	.0	.0		0	0	.0	.0		0	0	.0	.0	
		4 ärgerl.,	3	2	3.0	2.8		3	1	3.7	2.2		0	1	.0	3.8		1	4	3.4	2.9	
		5=unang.	2	5	2.0	6.9		2	3	2.5	6.5		0	2	.0	7.7		1	6	3.4	4.3	
182	Er. sonst. bel.	0=nicht vorg.	88	61	88.0	84.7	.322	70	39	86.4	84.8	.745	11	29	84.6	90.6	.402	27	119	93.1	85.0	.749
		1=nicht bel.	2	0	2.0	.0		1	0	1.2	.0		0	1	.0	3.1		0	2	.0	1.4	
		2	2	3	2.0	4.2		2	2	2.5	4.3		0	1	.0	3.1		0	5	.0	3.6	
(173		3	2	0	2.0	.0		2	0	2.5	.0		0	0	.0	.0		0	2	.0	1.4	
		4	2	1	2.0	1.4		2	1	2.5	2.2		0	0	.0	.0		0	3	.0	2.1	
-182)		5=sehr bel.	4	7	4.0	9.7		4	4	4.9	8.7		2	1	15.4	3.1		2	9	6.9	6.4	
Besondere Ereignisse u. Veränderungen in 1. 2 J. vor d. Kur		0=keine Vorkommnisse	29	66	40.3	66.0	.023	21	8	25.9	17.4	.378	8	0	42.1	.0	.001	2	35	6.9	23.6	.07
		1=Vorkommnisse	43	34	59.7	34.0		60	38	74.1	82.6		11	26	57.9	100.0		27	113	93.1	76.4	
195	Ängstl.	1=eher nicht	64	11	64.0	15.3	.000	50	7	61.7	15.2	.000	14	4	73.7	15.4	.000	5	68	17.2	48.6	.00
		2=eher mittel	30	30	30.0	41.7		25	18	30.9	39.1		5	12	26.3	46.2		9	51	31.0	36.4	
		3=eher sehr	6	31	6.0	43.1		6	21	7.4	45.7		0	10	.0	38.5		15	21	51.7	15.0	
196	Belast.	1=eher nicht																0	61	.0	43.6	.00
		2=eher mittel																5	33	17.2	23.6	
		3=eher sehr																24	46	82.8	32.9	
197	FE ges.	Anzahl 0	9	2	9.1	2.8	.176	8	1	10.0	2.2	.153	1	1	5.3	3.8	.931	0	11	.0	7.9	.04
		1	32	16	32.3	22.2		27	11	33.7	23.9		5	5	26.3	19.2		7	40	24.1	28.8	
		2	36	32	36.4	44.4		28	20	35.0	43.5		8	12	42.1	46.2		10	56	34.5	40.3	
		3	18	13	18.2	18.1		14	8	17.5	17.4		4	5	21.1	19.2		8	23	27.6	16.5	
		4	4	6	4.0	8.3		3	5	3.8	10.9		1	1	5.3	3.8		2	8	6.9	5.8	
		5	0	1	.0	1.4		0	0	.0	.0		0	1	.0	3.8		1	0	3.4	.0	
		6	0	1	.0	1.4		0	0	.0	.0		0	1	.0	3.8		1	0	3.4	.0	
		7	0	1	.0	1.4		0	1	.0	2.2		0	0	.0	.0		0	1	.0	.7	
198	FE 1-5 J.	Anzahl 0	56	41	61.5	58.6	.114	44	29	60.3	64.4	.360	12	12	66.7	48.0	.242	15	81	51.7	62.8	.36
		1	27	17	29.7	24.3		22	10	30.1	22.2		5	7	27.8	28.0		8	35	27.6	27.1	
		2	6	12	6.6	17.1		5	6	6.8	13.3		1	6	5.6	24.0		5	12	17.2	9.3	
		3	2	0	2.2	.0		2	0	2.7	.0		0	0	.0	.0		1	1	3.4	.8	
199	FE 6-14 J.	Anzahl 0	16	9	17.6	12.9	.590	14	3	19.2	6.7	.128	2	6	11.1	24.0	.578	4	20	13.8	15.5	.84
		1	40	29	44.0	41.4		34	19	46.6	42.2		6	10	33.3	40.0		11	56	37.9	43.4	
		2	30	25	33.0	35.7		21	17	28.8	37.8		9	8	50.0	32.0		12	43	41.4	33.3	
		3	3	6	3.3	8.6		2	5	2.7	11.1		1	1	5.6	4.0		2	7	6.9	5.4	
		4	2	1	2.2	1.4		2	1	2.7	2.2		0	0	.0	.0		0	3	.0	2.3	
200	FE üb. 14 J.	Anzahl 0	80	60	87.9	85.7	.334	64	40	87.7	88.9	.508	16	20	88.9	80.0	.794	24	113	82.8	87.6	.24
		1	6	5	6.6	7.1		5	3	6.8	6.7		1	2	5.6	8.0		2	9	6.9	7.0	
		2	5	2	5.5	2.9		4	1	5.5	2.2		1	1	5.6	4.0		2	5	6.9	3.9	
		3	0	2	.0	2.9		0	1	.0	2.2		0	1	.0	4.0		0	2	.0	1.6	
		4	0	1	.0	1.4		0	0	.0	.0		0	1	.0	4.0		1	0	3.4	.0	
201	FE Mutt.	0=nicht erw.	58	36	63.7	51.4	.159	50	26	68.5	57.8	.326	8	10	44.4	40.0	.983	9	83	31.0	64.3	.00
		1=erwähnt	33	34	36.3	48.6		23	19	31.5	42.2		10	15	55.6	60.0		20	46	69.0	35.7	

Fortsetzung Tab. 23 e:

Nr.	Variable	Skalen/ Polung	Gesamte Stichprobe der LVA-Kurpatienten Wb	Sb	Wb	Sb	p	Männliche Stichprobe der LVA-Kurpatienten Wb	Sb	Wb	Sb	p	Weibliche Stichprobe der LVA-Kurpatienten Wb	Sb	Wb	Sb	p	Gesamte Stichprobe der LVA-Kurpatienten P Ja	P Nein	P Ja	P Nein	p
202	FE Vat.	0=nicht erw.	58	41	65.2	59.4	.565	45	23	63.4	51.1	.265	13	18	72.2	75.0	.879	12	84	42.9	66.1	.037
		1=erwähnt	31	28	34.8	40.6		26	22	36.6	48.9		5	6	27.8	25.0		16	43	57.1	33.9	
203	FE Mutt. Strenge	0=nicht erwähnt	29	24	76.3	66.7	.508	20	14	71.4	66.7	.964	9	10	90.0	66.7	.197	11	42	57.9	77.8	.170
		1=erwähnt	9	12	23.7	33.3		8	7	28.6	33.3		1	5	10.0	33.3	(F)	8	12	42.1	22.2	
204	FE Vat. Strenge	0=nicht erwähnt	28	10	73.7	72.2	.904	22	14	78.6	66.7	.544	6	12	60.0	80.0	.260	11	42	57.9	77.8	.170
		1=erwähnt	26	10	26.3	27.8		6	7	21.4	33.3		4	3	40.0	40.0		8	12	42.1	22.2	
205	FE Vat. Unt.	0=nicht erwähnt	21	18	61.8	56.3	.838	19	14	65.5	56.0	.663	2	4	40.0	57.1	.500	7	32	46.7	62.7	.415
		1=erwähnt	13	24	38.2	43.8		10	11	34.5	44.0		3	3	60.0	42.9		8	19	53.3	37.3	
206	FE Konfl.Bezugspers.	0=nicht erw.	29	26	85.3	81.3	.912	25	20	86.2	80.0	.807	4	6	80.0	95.7	.682	13	42	86.7	82.4	.999
		1=erwähnt	5	6	14.7	18.8		4	5	13.8	20.0		1	1	20.0	14.3	(F)	2	9	13.3	17.6	
207	FE Strenge o.B. Bezugspers.	0=nicht erwähnt	81	54	89.0	77.1	.069	66	35	90.4	77.8	.103	15	19	88.3	76.0	.839	21	112	72.4	86.8	.101
		1=erwähnt	10	16	11.0	22.9		7	10	9.6	22.2		3	6	16.7	24.0		8	17	27.6	13.2	
208	FE Trenn. o.B.Bezugspers.	0=nicht erwähnt	65	49	71.4	70.0	.982	51	35	69.9	77.8	.468	14	14	77.8	56.0	.248	19	92	65.5	71.3	.695
		1=erwähnt	26	21	28.6	30.0		22	10	30.1	22.2		4	11	22.2	44.0		10	37	35.5	28.7	
209	FE Katastr.	0=nicht erwähnt	66	51	72.5	72.9	.895	52	37	71.2	82.2	.256	14	14	77.8	56.0	.248	22	93	75.9	72.1	.856
		1=erwähnt	25	19	27.5	27.1		21	8	28.8	17.8		4	11	22.2	44.0		7	36	24.1	27.9	
210	FE Eig. Aggr.	0=nicht erwähnt	73	56	80.2	80.0	.514	58	34	79.5	75.6	.425	15	22	83.3	88.0	.992	25	101	86.2	78.3	.045
		1=erwähnt	18	14	29.8	20.0		15	11	20.5	24.4		3	3	16.7	12.0		4	28	13.7	21.7	
211	FE Akt.-Pass.	1=Aktivit.	30	26	33.0	37.1	.082	24	20	32.9	44.4	.054	6	6	33.3	24.0	.597	13	27	27.6	20.9	.047
		2=Passivit.	19	23	20.9	32.9		15	14	20.5	31.1		4	9	22.2	36.0		8	54	44.8	41.9	
		0=neutral	42	21	46.2	30.0		34	11	46.6	24.4		8	10	44.4	40.0		8	48	27.6	37.2	
212	FE Entbehr. Einschr.	0=nicht erwähnt	65	51	71.4	72.9	.982	54	32	74.0	71.1	.899	11	19	61.1	76.0	.476	21	93	72.4	72.1	.346
		1=erwähnt	26	19	28.6	27.1		19	13	26.0	28.9		7	6	38.9	24.0		8	36	27.6	27.9	
213	FE Geschw.	0=nicht erw.	72	55	79.1	78.5	.912	60	35	82.2	77.8	.727	12	20	66.7	80.0	.526	24	101	82.8	78.3	.778
		1=erwähnt	19	15	20.9	21.4		13	10	17.8	22.2		6	5	33.3	20.0		5	28	17.2	21.7	
214	FE Geschw. pos.neg. neutr.	1=positiv	4	1	25.0	6.7	.345	6	4	54.5	40.0	.267	1	3	20.0	60.0	.333	4	10	80.0	40.0	.159
		2=negativ	7	7	43.8	46.7		2	5	18.2	50.0		3	2	60.0	40.0		0	11	.0	44.0	
		3=neutral	5	7	31.3	46.7		3	1	27.3	10.0		1	0	20.0	.0		1	4	20.0	16.0	
215	Aff. Tön.Ki.	1=positiv	26	12	29.2	17.1	.259	15	12	22.4	26.7	.235	4	6	23.5	24.0	.322	4	33	13.8	26.0	.472
		2=negativ	19	18	21.3	25.7		31	24	41.7	53.3		13	16	76.5	64.0		18	63	62.1	49.6	
		0=neutral	44	40	49.4	57.1		26	9	36.1	20.0		0	3	.0	12.0		7	31	24.1	24.4	
	Kurgruppenzugehörigkeit	1="Rauhenbichl"	13	11	13.0	15.3	.261	13	11	16.0	23.9	.611	0	0	.0	.0	.824	6	19	20.7	12.8	.179
		2="Kniebis"	23	23	23.0	31.9		15	10	18.5	21.7		8	13	42.1	50.0		9	39	31.0	26.4	
		3="Kühberg"	34	15	34.0	20.8		34	15	42.0	32.6		0	0	.0	.0		10	40	34.5	27.0	
		4="Berghof"	30	23	30.0	31.9		19	10	23.5	21.7		11	13	57.9	50.0		4	50	13.8	33.8	

Tab. 23f: Antwortverteilungen und Gruppenunterschiede (Chi-Quadrat) in ausgewählten Variablen des Psychologischen Interviews bei den Gruppeneinteilungsfaktoren der Zugehörigkeit zur Hauptdiagnosegruppe (Anderweitige -And- oder "Psychovegetatives Syndrom"-PsSy- und der Kurwiederholung (Erstkurgänger -E- und Kurwiederholer -W-) jeweils in bezug auf die gesamte Stichprobe der LVA-Kurpatienten

Nr.	Variable	Skalen/ Polung	Aufteilung nach Hauptdiagnosegruppe für gesamte Stichprobe der LVA-Kurpatienten: absolute Häufigkeiten And	absolute Häufigkeiten PsSy	relative Häufigkeiten And	relative Häufigkeiten PsSy	Chi-Quadrat p	Aufteilung nach Erstkurgängern und Kurwiederholern für gesamte Stichprobe der LVA-Kurpatienten: absolute Häufigkeiten E	absolute Häufigkeiten W	relative Häufigkeiten E	relative Häufigkeiten W	Chi-Quadrat p
173	Er.Fam. unang.	0=nicht vorg.	18	87	81.8	58.0	.165	70	35	68.0	51.5	.183
		1=erfreul.,	0	12	.0	8.0		7	5	6.8	7.4	
		2 ang.	1	7	4.5	4.7		4	3	3.9	4.4	
		3	0	8	.0	5.3		2	6	1.9	8.8	
		4 ärgerl.,	2	7	9.1	4.7		4	5	3.9	7.4	
		5=unang.	1	29	4.5	19.3		16	14	15.5	10.6	
174	Er.Fam. bel.	0=nicht vorg.	18	89	81.8	59.3	.106	71	36	68.9	52.9	.209
		1=nicht bel.	0	5	.0	3.3		1	4	1.0	5.9	
		2	1	4	4.5	2.7		3	2	2.9	2.9	
		3	0	11	.0	7.3		6	4	5.8	5.9	
		4	2	5	9.1	3.3		3	4	2.9	5.9	
		5=sehr bel.	1	36	4.5	24.0		19	18	18.4	26.5	
175	Er. Ber. unang.	0=nicht vorg.	17	95	77.3	63.3	.655	78	34	75.7	50.0	.003
		1=erfreul.,	2	9	9.1	6.0		7	4	6.8	5.9	
		2 ang.	0	4	.0	2.7		0	4	.0	5.9	
		3	0	7	.0	4.7		3	4	2.9	5.9	
		4 ärgerl.,	1	11	4.5	7.3		6	6	5.8	8.8	
		5=unang.	2	24	9.1	16.0		9	16	8.7	23.5	
176	Er.Ber. bel.	0=nicht vorg.	17	94	77.3	62.7	.264	78	33	75.7	48.5	.008
		1=nicht bel.	2	4	9.1	2.7		4	2	3.9	2.9	
		2	0	5	.0	3.3		2	3	1.9	4.4	
		3	0	4	.0	2.7		1	3	1.0	4.4	
		4	0	12	.0	8.0		5	7	4.9	10.3	
		5=sehr bel.	3	31	13.6	20.7		13	20	12.6	29.4	
177	Er.Ges. unang.	0=nicht vorg.	14	96	63.6	64.0	.494	69	41	67.0	60.3	.357
		1=erfreul.,	1	3	4.5	2.0		4	0	3.9	.0	
		2 ang.	1	1	4.5	.7		1	1	1.0	1.5	
		3	1	3	4.5	2.0		3	1	2.9	1.5	
		4 ärgerl.,	2	12	9.1	8.0		8	6	7.8	8.8	
		5=unang.	3	35	13.6	23.3		18	19	17.5	27.9	
178	Er.Ges. bel.	0=nicht vorg.	14	97	63.6	64.7	.188	69	42	67.0	61.8	.117
		1=nicht bel.	0	1	.0	.7		1	0	1.0	.0	
		2	2	3	9.1	2.0		5	0	4.9	.0	
		3	1	2	4.5	1.3		3	0	2.9	.0	
		4	3	11	13.6	7.3		7	7	6.8	10.3	
		5=sehr bel.	2	36	9.1	24.0		18	19	17.5	27.9	
179	Er.wirtsch. unang.	0=nicht vorg.	77	58	74.8	85.3	.283	18	118	81.8	78.7	.893
		1=erfreul.,	8	3	7.8	4.4		2	9	9.1	6.0	
		2 ang.	3	2	2.9	2.9		0	5	.0	3.3	
		3	7	0	6.8	.0		1	6	4.5	4.0	
		4 ärgerl.,	2	2	1.9	2.9		0	4	.0	2.7	
		5=unang.	6	3	5.8	4.4		1	8	4.5	5.3	

Fortsetzung Tab. 23f:

Nr.	Variable	Skalen/ Polung	Gesamte Stichprobe der LVA-Kurpatienten: And	PsSy	And	PsSy	p	E	W	E	W	p
180	Er.wirtsch. bel.	0=nicht vorg.	77	58	74.8	85.3	.202	18	118	81.8	78.8	.576
		1=nicht bel.	2	0	1.9	.0		0	2	.0	1.3	
		2	1	2	1.0	2.9		0	3	.0	2.0	
		3	4	3	3.9	4.4		2	5	9.1	3.3	
		4	9	1	8.7	1.5		0	10	.0	6.7	
		5=sehr bel.	10	4	9.7	5.9		2	12	9.1	8.0	
181	Er.sonst. unang.	0=nicht vorg.	87	61	84.5	89.7	.409	22	127	100.0	84.7	.420
		1=erfreul.,	5	1	4.9	1.5		0	6	.0	4.0	
		2 ang.	4	1	3.9	1.5		0	5	.0	3.3	
		3	0	0	.0	.0		0	0	.0	.0	
		4 ärgerl.,	4	1	3.9	1.5		0	5	.0	3.3	
		5=unang.	3	4	2.9	5.9		0	7	.0	4.7	
182	Er. sonst. bel.	0=nicht vorg.	87	61	84.5	89.7	.411	22	127	100.0	84.7	.565
		1=nicht bel.	2	0	1.9	.0		0	2	.0	1.3	
		2	5	0	4.9	.0		0	5	.0	3.3	
		3	1	1	1.0	1.5		0	2	.0	1.3	
		4	2	1	1.9	1.5		0	3	.0	2.0	
		5=sehr bel.	6	5	5.8	7.4		0	11	.0	7.0	
(173 - 182)	Besondere Ereignisse u. Veränderungen in 2 J. vor d. Kur	0=keine Vorkommnisse	6	31	27.3	19.6	.582	29	8	27.4	11.3	.017
		1=Vorkommnisse	16	127	72.7	80.4		77	63	72.6	88.7	
195	Ängstl.	1= eher nicht	14	61	63.6	40.7	.055	48	26	46.6	38.2	.248
		2= eher mittel	7	53	31.8	35.3		37	23	35.9	33.8	
		3=eher sehr	1	36	4.5	24.0		18	19	17.5	27.9	
196	Belast.	1=eher nicht	18	82	81.8	54.7	.029	66	34	64.1	50.0	.095
		2= eher mittel	4	68	18.2	45.3		37	34	35.9	50.0	
		3=eher sehr										
197	FE ges.	Anzahl 0	2	9	9.1	6.0	.379	9	2	8.8	2.9	.459
		1	6	42	27.3	28.2		30	18	29.4	26.5	
		2	8	60	36.4	40.3		38	29	37.3	42.6	
		3	4	27	18.2	18.1		19	12	18.6	17.6	
		4	1	9	4.5	6.0		5	5	4.9	7.4	
		5	1	0	4.5	.0		0	1	.0	1.5	
		6	0	1	.0	.7		1	0	1.0	.0	
		7	0	1	.0	.7		0	1	.0	1.5	
198	FE 1-5 J.	Anzahl 0	31	84	65.0	59.6	.773	58	39	61.7	59.1	.642
		1	4	40	20.0	28.4		24	19	25.5	28.8	
		2	3	15	14.0	10.6		10	8	10.6	12.1	
		3	0	2	.0	1.4		2	0	2.1	.0	
199	FE 6-14J.	Anzahl 0	2	23	10.0	16.3	.645	18	7	19.1	10.6	.193
		1	8	61	40.0	43.3		37	31	39.4	47.0	
		2	7	48	35.0	34.0		35	20	37.2	30.3	
		3	2	7	10.0	5.0		3	6	3.2	9.1	
		4	1	2	5.0	1.4		1	2	1.1	3.0	
200	FE üb. 14 J.	Anzahl 0	19	121	95.0	85.8	.791	82	57	87.2	86.4	.931
		1	1	10	5.0	7.1		6	5	6.4	7.6	
		2	0	7	.0	5.0		4	3	4.3	4.5	
		3	0	2	.0	1.4		1	1	1.1	1.5	
		4	0	1	.0	.7		1	0	1.1	.0	
201	FE Mutt.	0=nicht erw.	12	82	60.0	58.2	.932	59	35	62.8	53.0	.285
		1=erwähnt	2	59	40.0	41.8		34	31	31.2	47.0	
202	FE Vat.	0=nicht erw.	11	88	57.9	63.7	.838	61	37	66.3	56.9	.304
		1=erwähnt	8	51	42.1	36.3		31	28	33.7	43.1	

Fortsetzung Tab. 23f:

Nr.	Variable	Skalen/ Polung	Gesamte Stichprobe der LVA-Kurpatienten And	PsSy	And	PsSy	p	E	W	E	W	p
203	FE Mutt. Strenge	0=nicht erw.	9	44	90.0	68.8	.313	26	26	66.7	76.5	.507
		1=erwähnt	1	20	10.0	31.3		13	8	33.3	23.5	
204	FE Vat. Strenge	0=nicht erw.	9	45	90.0	70.3	.357	30	24	76.9	70.6	.728
		1=erwähnt	1	19	10.0	29.7		9	10	23.1	29.4	
205	FE Vat. Unt.	0=nicht erw.	6	33	60.0	58.9	.775	20	18	57.1	60.0	.984
		1=erwähnt	4	23	40.0	41.1		15	12	42.9	40.0	
206	FE Konfl. Bezugs-pers.	0=nicht erw.	8	47	80.0	83.9	.878	28	26	80.0	86.7	.702
		1=erwähnt	2	9	40.0	16.1		7	4	20.0	13.3	
207	FE Strenge o.B. Bezugspers.	0=nicht erw.	17	118	85.0	83.7	.861	82	52	87.2	78.8	.227
		1=erwähnt	3	23	15.0	16.3		12	14	12.8	21.2	
208	FE Trenn. o.B. Bezugspers.	0=nicht erw.	14	100	70.0	70.9	.859	69	44	73.4	66.7	.456
		1=erwähnt	6	41	30.0	29.1		25	22	26.6	33.7	
209	FE Katastr.	0=nicht erw.	17	100	70.0	70.9	.292	71	46	75.5	69.7	.523
		1=erwähnt	3	41	15.0	21.1		23	20	24.5	30.3	
210	FE Eig. Aggr.	0=nicht erw.	14	115	70.0	81.6	.406	75	53	79.8	80.3	.701
		1=erwähnt	6	26	30.0	18.4		19	13	20.2	19.7	
211	FE Akt.- Pass.	1=Aktivit.	10	53	50.0	37.6	.515	24	31	25.5	47.0	.018
		2=Passivit.	5	51	25.0	36.2		27	15	28.7	22.7	
		0=neutral	5	37	25.0	26.2		43	20	45.7	30.3	
212	FE Entbehr. Einschr.	0=nicht erw.	16	100	80.0	70.9	.562	69	46	73.4	69.7	.738
		1=erwähnt	4	41	20.0	29.1		25	20	26.4	30.3	
213	FE Geschw.	0=nicht erw.	14	113	70.0	80.1	.455	74	52	78.7	78.8	.852
		1=erwähnt	6	28	30.0	19.9		20	14	21.3	21.2	
214	FE Geschw. pos.neg. neutr.	1=positiv	3	11	60.0	42.3	.642	8	6	47.1	42.9	.906
		2=negativ	1	11	20.0	42.3		6	6	35.3	42.9	
		0=neutral	1	4	20.0	15.4		3	2	17.6	14.3	
215	Aff.Tön. Ki.	1=positiv	7	30	35.0	21.6	.038	22	16	23.7	24.6	.869
		2=negativ	9	75	45.0	54.0		21	15	22.6	23.1	
		1=neutral	4	34	20.0	24.5		50	34	53.8	52.3	

Tab. 23 g: Spezielle Gruppenunterschiede und Antwortverteilungen (Chi-Quadrat) innerhalb der LVA-Kurpatienten-Stichprobe

Anamnestisch ermittelter Raucherstatus x katamnestisch ermittelte (Wieder-)Aufnahme oder Beendigung des Rauchens

		135 Rauch. (wieder) aufgenomm. Ja N	%	Nein N	%	Chi² p	137 Rauch. beend. Ja N	%	Nein N	%	Chi² p
66 Rauch.	Ja	2	25.0	6	75.0	.006	2	5.6	34	94.4	.199
	Nicht mehr	1	3.8	25	96.2		0	.0	2	100.0	
	Noch nie	1	1.5	65	98.5		0	.0	0	100.0	

Anamnestisch x katamnestisch ermitteltes Vorkommen bzw. Nicht-Vorkommen von "life events"

		Katamn. ermitt. Vorkommen von "life events" Ja N	%	Nein N	%	Chi2 p
Anamnest. ermitt. Vorkommen von "life events"	Ja	22	81.5	5	18.5	.071
	Nein	68	60.7	44	39.3	

Anamnestisch x katamnestisch ermittelte überwiegende Form der Freizeitgestaltung

		129 Überwieg.Freiz.-Gest. (katamn.ermitt.) körp.Bet. N	%	sonst.Bet. N	%	Chi² p
55 Überwieg. Freiz. Gest. (anamn. ermitt.)	k.	69	77.5	20	22.4	.429
	s. Bet.	34	72.3	13	27.6	

Anamnestisch x katamnestisch ermittelte Beurteilung der Lebensführung als gesund

		153 Beurt.Leb.-Führ. ges. (katamn.ermitt.) Ja N	%	Nein N	%	Chi² p
83 Beurt. Leb.-Führ.ges. (anamn. ermitt.)	Ja	77	89.5	9	10.5	.043
	Nein	39	75.0	13	25.0	

Anamnestisch x katamnestisch ermittelte Ausübung von Nebentätigkeit

		121 Neb.-Tät. (katamn. ermitt.) Ja N	%	Nein N	%	Chi² p
33 Neb.-Tät. (anamn. ermitt.)	Ja	16	48.5	17	51.5	.001
	Nein	16	15.7	86	84.3	

Anamnestisch x katamnestisch ermittelte Arbeitslosigkeit

		106 z.Zt.arb.l. (katamn. ermitt.) Ja N	%	Nein N	%	Chi² p
25 Arb.l. vor Kur (anamn. ermitt.)	Ja	4	66.7	2	33.3	.643
	Nein	1	50.0	1	50.0	

Tab. 24a: Chi-Quadrat-Vergleich zwischen Teilnehmern und Nichtteilnehmern (T und NT) an der katamnestischen Untersuchung (Halbjahreskatamnese, T3) in ausgewählten (in ihrer Verteilung auf Kuranfangserhebungen -T1- basierenden) Kennwerten, die eine Gruppeneinteilungsbedeutung haben oder/und signifikante Differenzen zwischen Teilnehmern und Nichtteilnehmern anzeigen. Pro Variable Darstellung von absoluten und relativen Häufigkeiten sowie p-Werten zum Chi-Quadrat

Ausgewählte Kennwerte, basierend auf T1	Untergruppen	Teilnehmer bzw. Nichtteilnehmer an der Halbjahreskatamnese: absolute Häufigkeiten T	absolute Häufigkeiten NT	relative Häufigkeiten T	relative Häufigkeiten NT	Chi-Quadrat p
Geschlecht	Männer	105	26	80.2	19.8	.182
	Frauen	34	15	69.4	30.6	
Altersgruppe	30-40 J.	76	27	73.8	26.2	.275
	41-50 J.	63	14	81.2	18.2	
Familienstand	Alleinst.	22	6	78.6	21.4	.952
	Verheir.	117	35	77.0	23.0	
Zahl der Kinder	o	25	4	86.2	13.8	.046
	1	72	30	70.6	29.4	
	≥2	39	6	86.7	13.3	
Abgeschlossene Berufsausbild.	Ja	87	24	78.4	21.6	.869
	Nein	51	16	76.1	23.9	
Berufstätigkeit	Hausfr. u.o.Ber.	4	0	100.0	.0	.855
	Einf. Arb.	65	20	76.5	23.5	
	Spezial-Facharb.	51	14	78.5	21.5	
	Berufl. Höherg.	18	6	75.0	25.0	
Kurwiederholung	Erstkurgänger	72	34	67.9	32.1	.001
	Kurwiederhol.	65	6	91.5	8.5	
Hauptdiagnose durch Ärzte der Kurklinik	Andere als Psychoveg. Syndr.	18	4	81.2	18.2	.781
	Psychoveg. Syndr.	121	37	87.1	12.9	
Zusätzliche psychol. Behandl. erhalt.	Ja	23	6	79.3	20.7	.917
	Nein	113	35	76.4	23.6	
Vorherrschende Methode der zus.psych. Beh.	Überw. klientzentr.B.	13	4	76.4	23.6	.667
	Kombinierte B.	6	1	83.4	16.6	
	Überw. verhaltther.B.	4	1	80.0	20.0	
Belastungs-Rating im Psycholog. Interview	Nicht bis mittel,	81	19	81.0	19.0	.334
	sehr belastet	53	19	73.6	26.4	
Besondere Ereignisse u. Veränderungen in 2 J.vor Kur (Leben)	Vorkommnisse	112	31	78.3	21.7	.637
	Keine Vorkommnisse	27	10	73.0	27.0	
Rauchen	Ja	44	14	75.9	24.1	.749
	Nicht mehr	28	6	82.4	17.6	
	Noch nie	66	20	76.7	23.3	
Schicht	Ja	22	12	64.7	35.3	.089
	Nein	113	28	80.1	19.9	

Tab. 24b: Mehrfaktorielle Varianzanalyse der an den LVA-Kurpatienten erhobenen metrischen Variablen Häufigkeit und Dauer (Wochen) der Krankmeldungen in den 2 Jahren vor der Kur, besondere Ereignisse und Veränderungen im berufsbezogenen Bereich (Einschluß der Nullwerte) in den 2 Jahren vor der Kur (jeweils T1) sowie der Einschätzung der Kurpatienten durch den Gruppenarzt und die Gruppenbetreuerin (T2), in denen sich in dem Design Teilnahme bzw. Nichtteilnahme an der Halbjahreskatamnese (Ka; T, NT)-Geschlecht (G;Mä,Fr)-Zahl der Kinder (Ki;0,1,≥2)-Kurwiederholung (W;Ja,Nein) bedeutsame Unterschiede ergeben. N (gesamt, Ka-T, NT-, G-Mä,Fr.-; Ki -0,1,≥2-; W-E,W-) für Variablen Nr. 36-37: 169; Ka 139,39, G 129,40, Ki 27,98,44, W 100,69; Nr. 76-77: 170, Ka 132,38, G 126,44, Ki 28,98,44, W 102,68; Nr. 307-308: 172, Ka 132,40, G 127,45, Ki 28,100,44, W 103,69. Pro Variable Darstellung von 1. Gesamtmittelwert (M ; jeweils unter Variable),2.Abweichung vom Gesamtmittelwert (Abw.) und 3. Haupteffekt (Haupteff.) unter Bereinigung des Einflusses einzelner Faktoren von jeweils anderen Faktoren, 4. Wechselwirkungen (WW), 5. erklärter Varianz (Var erkl). Zu 3. und 5. Angabe von F- und p-Werten, zu 4. Angabe von (signifikanten) p-Werten.
Bei p ≤ .05+, ≤ .01++, ≤ .001+++ (vgl. auch statistische Grundauswertung Tab. 1)

Variable	Ka Abw T	Ka Abw NT	Ka Haupteff F	Ka Haupteff p	G Abw Mä	G Abw Fr	G Haupteff F	G Haupteff p	Ki Abw 0	Ki Abw 1	Ki Abw ≥2	Ki Haupteff F	Ki Haupteff p	W Abw E	W Abw W	W Haupteff F	W Haupteff p	WW 2Weg p 3Weg p 4Weg p	Var erkl F	Var erkl p
36 Häufigk.d. Krankm.1. 2 J. 2.09	-.21	.70	7.59	++	-.04	.13	.30		.12	-.04	.02	.09		.04	-.06	.14		KaxGxKi+	1.12	++
37 Dauer d.Krankm. 1.2J. 6.36	-.71	2.36	6.38	+	-.57	1.81	4.46	+	-.24	.30	-.52	.27		-.46	.67	1.27		KaxKi+ KaxGxW+++ KaxGxKi++ KaxGxKixW++	3.13	++
76 Er.Ber. unang. 1.25	-.17	.59	4.49	+	.08	-.23	.91		.23	-.33	.60	3.98	+	-.43	.64	12.72	+++	KaxKi++	2.20	++
77 Er.Ber. bel. 1.42	-.20	.68	5.40	+	.14	-.39	2.30		.30	-.38	.64	4.23	+	-.49	.73	14.66	+++	KaxKi+	2.36	++
307 Po s. Kurerf, Prog.Arzt 30.56 (Arztr.1)	.40	-.72	5.03	+	.96	-2.70	26.99	+++	-.84	.07	.37	.82		.48	-.72	3.39		GxW+KaxG+ KaxG++	3.03	+++
308 Betr.r. 18.10	.26	-.85	4.55	+	.30	-.86	5.91	+	.16	-.00	-.09	.07		.26	-.85	14.85	+++	KaxG++	2.45	++

Nochmalige Erläuterung der Abkürzungen bzw. Kurzbezeichnungen, die in den Tabellen 25 bis 29 und 34b für die Variablen der psychologischen Fragebogen verwendet werden (vgl. auch Grundauswertungstabelle 1). Angabe ohne die terminspezifischen identischen Variablenbezeichnungen, die in den Tabellen am Ende der Kurzbezeichnungen -vor dem Bindestrich- erscheinen

EzK1 Erwartung der Wiederherstellung eines befriedigenden Gesundheitszustandes bei überwiegend somatischer und passiver Orientierung

EzK2 Erwartung der Entlastung von alltäglichen Anforderungen und Wunsch nach Aussprache und Beratung bezüglich psychosozialer Probleme und nach neuen zwischenmenschlichen Begegnungen

EzK3 Erwartung "natürlicher" erholungsfördernder Heilmaßnahmen bei zuversichtlicher Einschätzung des Kurerfolgs

BdK1 Globaler subjektiver Kurerfolg bei überwiegend positiver Bewertung des eigenen Gesundheitszustandes und eher zuversichtlicher Zukunftserwartung

BdK2 Zufriedenheit mit der medizinischen Untersuchung und Behandlung während des Heilverfahrens

BdK3 Positive Bewertung psychologischer Kurmaßnahmen

KKB1 Seelische und psychosoziale Probleme und Psychotherapie

KKB2 Streß und Schonung

KKB3 Körperleiden und Organmedizin

KKB4 Belastende und unbefriedigende Arbeitssiuation und Hilfe zu vermehrter Zufriedenheit

HG1 Mißtrauen gegenüber Ärzten und Therapien

HG2 Strikte Risikovermeidung bezüglich körperlicher Gefährdung

HG3 Starke Beachtung von Krankheitsanzeichen

HG4 Mißtrauen gegenüber dem eigenen Körper

FPI2 Aggressivität

FPI9 Offenheit

FPIE Extraversion

FPIN Emotionale Labilität

BPI1 Gehemmtheit

BPI2 Erregbarkeit

BPI3 Nervosität

BPI4 Depressivität

BPI5 Intimbereich

BPI6 Lügentendenzen

FBL1 Allgemeinbefinden

SES1 Gehobene Stimmung

SES2 Mißstimmung

SES3 Aktiviertheit

SES4 Gedrückte Stimmung

SES5 Trägheit

SES6 Müdigkeit

SES7 Ausgeglichene Stimmung

BFB1 Belastung im Zusammenhang mit der ehelichen Interaktion

BFB2 Beanspruchung und Überforderung durch die tägliche Arbeit

BFB3 Unzufriedenheit mit der Art der beruflichen Arbeit, dem Verhältnis zu den Kollegen und der Bezahlung

BFB4 Belastung im Zusammenhang mit den eigenen Kindern

Arztr.1 Positiver Kurerfolg mit eher günstiger Prognose aus der Sicht des Gruppenarztes

Betr.r. Psychisch geringe Auffälligkeit und positiver Kurerfolg aus der Sicht der Gruppenbetreuerin

Arztr.2 Psychosomatisch-psychovegetative Gestörtheit aus der Sicht des Gruppenarztes

Tabelle 25: Mehrfaktorielle Varianzanalyse zu den Ausprägungen in metrischen Variablen der Stichprobe der LVA-Kurpatienten an (maximal 3) Erhebungsterminen (Kuranfang T1, Kurende T2, Halbjahreskatamnese T3) anhand der Faktoren des Geschlechts (G; Mä. : N = 131 zu T1 und T2, N = 105 zu T3; Fr. : N = 49 zu T1 und T2, N = 34 zu T3) und der Altersgruppe (A; 30-40 J. : N = 103 zu T1 und T2; N = 76 zu T3; 41-50 J. : N = 77 zu T1 und T2, N = 63 zu T3). Missing data zu einzelnen Variablen siehe Grundauswertungstabellen 1-3.
Darstellung von 1. Abweichungen vom Gesamtmittelwert (Abw) und 2. Haupteffekten (Haupteff) unter Bereinigung des Effektes des einzelnen Faktors vom Einfluß des jeweils anderen Faktors, 3. Wechselwirkungen (WW), 4. erklärter Varianz (Var erkl). Zu 2. - 4. Angabe von F-Werten und p-Werten. Bei p ≤ .05 +, ≤ .01++, ≤ .001+++ (Umgekehrte Polung bei HG-Variablen beachten)

Variable	Geschlecht Abw Mä	Geschlecht Abw Fr	Geschlecht Haupteff F	Geschlecht Haupteff p	Altersgruppe Abw 30-40 J	Altersgruppe Abw 41-50 J	Altersgruppe Haupteff F	Altersgruppe Haupteff p	WW Haupteff F	WW Haupteff p	Var erkl F	Var erkl p
Psychologische Fragebogen												
Fragebogen Einstellung zur Kur EzK, Kuranfang T1												
216 EzK1	-.62	1.62	6.42+		-.45	.61	1.76		7.35++		4.90++	
217 EzK2	-.40	1.05	3.08		.01	-.01	.00		9.49++		4.21++	
218 EzK3	-.06	.16	.09		.39	-.52	1.85		.27		.79	
Fragebogen Beurteilung der Kur BdK, Kurende T2												
219 BdK1	1.05	-2.93	15.10+		.80	-1.04	8.10+		2.66		6.70+++	
220 BdK2	.20	-.57	1.12		.03	-.04	.01		.22		.45	
221 BdK3	.13	-.37	.30		.10	-.13	.08		8.19++		2.85+	
222 BdK4	.03	-.10	.04		.25	-.33	.98		1.41		.79	
Fragebogen zur Erfassung subjektiver Krankheitskonzepte und Behandlungsvorstellungen KKB, Kuranfang T1												
223 KKB1-1	-.62	1.57	6.32+		.06	-.08	.03		1.12		2.57+	
224 KKB3-1	-.58	1.48	27.62+++		.08	-.10	.26		1.50		10.30+++	
225 KKB3-1	-.29	.73	3.77+		-.01	.00	.00		.69		1.50	
226 KKB4-1	.03	-.06	.06		.09	-.12	.40		.32		.25	
Fragebogen zur Erfassung subjektiver Krankheitskonzepte und Behandlungsvorstellungen KKB, Kurende T2												
227 KKB1-2	-.83	2.41	13.62+++		-.03	.05	.01		.60		4.77++	
228 KKB2-2	-.32	.93	8.89++		-.27	.35	2.83		.48		3.74+	
229 KKB3-2	.00	-.01	.00		-.24	.31	1.65		1.48		1.05	
230 KKB4-2	.05	-.15	.31		-.22	.28	2.53		.68		1.25	
Fragebogen zur Erfassung subjektiver Krankheitskonzepte und Behandlungsvorstellungen KKB, Halbjahreskatamnese T3												
231 KKB1-3	-.68	2.19	8.27++		-.15	.19	.16		.02		2.77+	
232 KKB2-3	-.18	.58	2.84		-.27	.34	2.46		.04		1.49	
233 KKB3-3	-.23	.74	2.42		-.59	.73	6.42+		4.09+		3.84+	
234 KKB4-3	.14	-.43	2.11		-.12	.15	.64		.27		1.20	
Fragebogen Hypochondrie und Gesundheitsverhalten HG, Kuranfang T1												
235 HG1-1	.10	-.30	3.22		-.05	.07	.37		.48		1.49	
236 HG2-1	.07	-.21	4.15+		-.01	.02	.07		.83		1.77	
237 HG3-1	1.05	-.17	1.01		.13	-.17	2.94		.00		1.17	
238 HG4-1	.16	-.47	12.18+++		.12	-.15	2.87		5.30+		6.29+++	
Fragebogen Hypochondrie und Gesundheitsverhalten HG, Kurende T2												
239 HG1-2	.08	-.21	1.70		-.08	.10	.81		.64		1.15	
240 HG2-2	.08	-.22	4.63+		.11	-.15	4.61+		1.13		3.23+	
241 HG3-2	-.08	.21	2.26		.03	-.04	.18		3.70+		2.11	
242 HG4-2	.10	-.27	4.52+		.11	-.15	3.04		.07		2.29	
Fragebogen Hypochondrie und Gesundheitsverhalten HG, Halbjahreskatamnese T3												
243 HG1-3	-.03	.08	.13		-.13	.16	1.23		.18		.50	
244 HG2-3	-.02	.06	.16		-.01	.01	.02		15.11+++		5.09++	
245 HG3-3	.00	-.01	.00		.07	-.09	.75		3.73+		1.50	
246 HG4-3	.16	-.48	8.54++		.22	-.26	6.48+		1.74		4.82++	
Freiburger Persönlichkeits-Inventar FPI, Kuranfang T1												
247 FPI2-1	.06	-.17	.55		.20	-.26	2.86		1.11		1.42	
248 FPI9-1	.18	-.52	2.47		.14	-.18	.67		.04		.97	
249 FPIE-1	.16	-.47	2.11		.46	-.60	7.51+		2.59		3.77+	
250 FPIN-1	-.42	1.19	9.80++		-.16	.20	.62		1.46		3.80+	
Freiburger Persönlichkeits-Inventar FPI, Kurende T2												
251 FPI2-2	-.04	.10	.14		.39	-.52	8.17++		2.60		3.79+	
252 FPI9-2	.07	-.18	.29		.25	-.33	2.01		.04		.72	
253 FPIE-2	.30	-.84	6.81+		.49	-.64	8.37++		3.03		5.46+++	
254 FPIN-2	-.51	1.41	12.74+++		.13	-.17	.42		.43		4.83++	
Freiburger Persönlichkeits-Inventar FPI, Halbjahreskatamnese T3												
255 FPI2-3	.00	-.00	.00		.17	-.20	1.66		4.66+		2.12	
256 FPI9-3	.13	-.43	1.14		.23	-.27	1.19		.04		.68	
257 FPIE-3	.18	-.59	2.10		.69	-.81	11.13+++		1.17		4.38++	
258 FPIN-3	-.40	1.30	7.15++		-.11	.13	.20		.03		2.39	
Buchinger Persönlichkeits-Inventar BPI, Kuranfang T1												
259 BPI1-1	-1.30	3.55	18.32+++		-.34	.45	.61		2.23		6.36+++	
260 BPI2-1	-.37	1.02	1.92		.01	-.01	.00		.54		.84	
261 BPI3-1	-1.21	3.30	35.39+++		-.17	.22	.33		.00		11.82+++	
262 BPI4-1	-.80	2.17	20.71+++		-.27	.35	1.11		.01		6.98+++	
263 BPI5-1	-.39	1.19	8.20+++		-.43	.54	5.51++		.04		2.42	
264 BPI6-1	-.03	.09	.22		.02	-.02	.03		.00		.09	
Buchinger Persönlichkeits-Inventar BPI, Kurende T2												
265 BPI1-2	-1.07	2.99	12.21+++		-.05	.07	.01		1.56		4.63++	
266 BPI2-2	-.61	1.70	4.90+		.32	-.42	.64		1.14		2.42	
267 BPI3-2	-1.06	2.95	26.18+++		-.18	.24	.36		.17		8.78+++	
268 BPI4-2	-.72	2.01	16.68+++		-.31	.40	1.44		.35		5.82+++	
269 BPI5-2	-.29	.81	7.36++		-.11	.15	.54		.02		2.51	
270 BPI6-2	.01	-.03	.02		.00	-.00	.01		1.03		.35	

Fortsetzung Tabelle 25:

Variable	Geschlecht Abw Mä	Fr	Haupt-eff F	p	Altersgruppe Abw 30-40J	41-50J	Haupt-eff F	p	WW F	p	Var-erkl F	p
Freiburger Beschwerdenliste FBL, Kuranfang T1												
271 FBL1-1	-1.55	5.16	24.62+++		-.41	.52	.66		.01		8.22+++	
Freiburger Beschwerdenliste FBL, Kurende T2												
272 FBL1-2	-1.47	4.91	19.50+++		-.55	.70	1.04		.02		6.52+++	
Freiburger Beschwerdenliste FBL, Halbjahreskatamnese T3												
273 FBL1-3	-1.29	4.12	16.75+++		-.74	.94	2.29		.05		5.79+++	
Adjektiv-Skalen zur Einschätzung der Stimmung SES, Kuranfang T1												
274 SES1-1	.29	-.77	8.71++		.18	-.24	3.07		.80		3.75+	
275 SES2-1	.06	-.17	.70		.07	-.09	.42		2.58		1.19	
276 SES3-1	.53	-1.42	31.30++		.06	-.08	.21		.03		10.49	
277 SES4-1	-.06	.15	.55		.06	-.08	.30		1.32		.77	
278 SES5-1	-.08	.23	1.34		-.02	.02	.03		2.41		1.25	
279 SES6-1	-.24	.67	5.98++		-.12	.15	2.55		2.55		2.91+	
280 SES7-1	.39	-1.11	18.06+++		-.10	.13	.53		1.04		7.01+	
Adjektiv-Skalen zur Einschätzung der Stimmung SES, Kurende T2												
281 SES1-2	.18	-.51	3.04		.29	-.38	3.58		.22		2.00	
282 SES2-2	-.14	.40	3.83+		.11	-.14	.99		.02		1.85	
283 SES3-2	.30	-.84	9.41++		-.11	.14	.58		.32		3.75+	
284 SES4-2	-.21	.62	14.01+++		-.03	-.04	.13		1.25		5.34++	
285 SES5-2	-.25	.72	13.12+++		-.03	.04	.09		1.14		4.76++	
286 SES6-2	-.29	.85	8.98++		-.04	.06	.09		.51		3.17+	
287 SES7-2	.28	-.82	8.71++		-.17	.22	1.40		.45		3.90++	
Adjektiv-Skalen zur Einschätzung der Stimmung SES, Halbjahreskatamnese T3												
288 SES1-3	.21	-.64	4.33+		.14	-.17	.76		.23		1.60	
289 SES2-3	.09	-.10	.72		-.08	.23	.37		.58		.64	
290 SES3-3	.32	-.97	9.09++		.07	-.08	.17		.04		3.05+	
291 SES4-3	-.22	.66	7.12++		.16	-.19	1.52		.74		3.69+	
292 SES5-3	-.02	.06	.07		.20	-.24	2.91		.16		1.15	
293 SES6-3	-.23	.68	4.55+		-.15	.18	.80		3.80+		2.83+	
294 SES7-3	.15	-.44	2.44		-.24	.28	2.55		3.15		3.08+	
Fragebogen zur Erfassung subjektiver psychosozialer Belastungen im Zusammenhang mit Ehe, Familie und Beruf, Kuranfang T1												
295 BFB1-1	-.19	.57	1.12		-.05	.06	.03		.02		.38	
296 BFB2-1	-.14	.42	.47		.22	-.25	.43		.03		.37	
297 BFB2-1	-.41	1.22	7.33++		-.27	.30	1.20		2.43		3.41+	
298 BFB4-1	-.14	.38	1.82		.23	-.25	1.10		.15		1.60	

Variable	Geschlecht Abw Mä	Fr	Haupt-eff F	p	Altersgruppe Abw 30-40J.	41-50J	Haupt-eff F	p	WW F	p	Var-erkl F	p
Fragebogen zur Erfassung subjektiver psychosozialer Belastungen im Zusammenhang mit Ehe, Familie und Beruf BFB, Kurende T2												
299 BFB1-2	-.31	.71	1.83		-.22	.24	.44		1.60		1.23	
300 BFB2-2	-.38	.88	2.62		.08	-.09	.06		.10		.96	
301 BFB3-2	-.52	1.20	7.88++		-.14	.16	.29		1.09		3.01+	
302 BFB4-2	-.18	.41	3.52		-.15	-.17	1.22		1.82		2.35	
Fragebogen zur Erfassung subjektiver psychosozialer Belastungen im Zusammenhang mit Ehe, Familie und Beruf BFB, Halbjahreskatamnese T3												
303 BFB1-3	-.35	1.28	3.05		.28	-.28	.55		.03		1.45	
304 BFB2-3	-.26	.97	2.29		-.07	.07	.04		1.60		1.30	
305 BFB3-3	-.46	1.70	8.67++		.47	-.47	2.41		.60		4.70++	
306 BFB4-3	-.16	.59	3.00		.01	-.01	.00		1.11		1.43	

Fortsetzung Tabelle 25:

Variable	Geschlecht Abw Mä	Abw Fr	Haupt-eff F	p	Altersgruppe Abw 30-40J	Abw 41-50J	Haupt-eff F	p	WW F	p	Var erkl F	p
Einschätzung der Patienten durch den Gruppenarzt und die Gruppenbetreuerin (Arzt- und Betreuerin-Rating, Kurende T2												
307 Arztr. 1	1.10	2.96	32.73	+++	-.15	.20	.30		.05		11.57	+++
308 Betr. r.	.30	-.80	5.16	+	-.30	.40	2.61		3.57	+	4.19	++
309 Arztr. 2	-.04	.11	.32		.04	-.05	.13		.77		.43	
Anamnestischer Erhebungsbogen, Kuranfang T1												
(N für Variablen 67-70 abweichend, da nur auf Raucher bzw. ehem. Raucher bezogen. N (gesamt, Mä. und Fr., 30-40J. und 41-50J.) Nr. 67: 58, 47 und 11, 33 und 25; Nr. 68-69: 34, 28 und 6, 17 und 17, Nr. 70:87, 71 und 16, 47 und 40)												
1 Alt.	-.14	.38	19.99	+++	-4.09	5.47	1.00		7.12	++	143.84	+++
34 Z. d. z. Erhol. gen. Url.-T.	-.04	.12	.08		.43	-.56	.34		6.58	+	2.31	
36 Häufigk. d. Krankm. 1. 2 J.	-.03	.09	.17		-.01	.01	.01		1.96		.71	
37 Dauer Krankm. 1. 2 J.	-.87	2.35	7.49	++	-.93	1.25	4.24	+	11.07	+++	7.14	+++
54 St. Erhol./T.	.12	-.33	4.02	+	.00	.00	.00		2.69		2.55	
58 St. Schlaf	.02	-.04	.07		.09	-.12	1.19		.04		.42	
62 Kaffee-bzw. Teekons. /T.	-.08	.21	.64		-.18	.23	1.64		1.21		1.08	
63 Bierkons. / Wo.	.90	-2.44	49.57	+++	-.03	.04	.03		1.49		17.46	+++
64 Weinkons. /Wo.	.08	-.22	1.34		.05	-.06	.23		.06		.50	
65 Kons. hochproz. Getr. /Wo.	-.54	1.55	.03		1.33	-1.78	.10		.48		.21	
67 J. Rauch.	.29	-1.22	.55		-3.68	4.86	28.25	+++	.14		10.93	+++
68 Rauch. aufgeh.	-.13	.58	.06		-.68	.73	.41		.53		.33	
69 J. ger.	.78	-3.38	1.59		-4.66	5.28	14.80	+++	.10		5.41	+++
70 Zigarett. /T.	1.13	-5.01	2.24		2.45	-3.16	3.07		.07		1.61	
74 Schlaftbl. i. l. J.	-.12	.33	4.37	+	.04	-.05	.25		3.01		2.68	+
75 Beruh. tbl. i. l. J.	-.20	.55	6.04	+	.10	-.13	.71		.27		2.60	+
76 Schmerztbl. i. l. J.	-.11	.32	3.50		.00	-.00	.00		.45		1.35	
78 Abführtbl. i. l. J.	-.25	.69	23.75	+++	-.16	.21	4.81	+	3.55		9.83	+++
79 Sonst. Medik. i. l. J.	-.01	.02	.01		.02	-.03	.03		.09		.05	
80 Z. bish. Krankh. aufenth.	-.39	1.04	17.37	+++	-.03	.05	.07		2.53		6.67	+++
81 Z. bish. Operat.	-.09	.23	1.45		-.12	.16	1.52		1.16		1.25	
82 Z. bish. Kuraufenth.	-.01	.03	.26		-.06	.08	3.11		1.02		1.40	
Katamnestischer Erhebungsbogen, Halbjahreskatamnese T3												
(N für Variablen Nr. 154-157 abweichend, da varianzanalytische Auswertung ohne Einschluß der Nullwerte nur für Einstufung tatsächlich angegebener Lebensereignisse; N ebenfalls für Variable 139 abweichend, da Einbeziehung nur von Zigarettenrauchern. N (gesamt, Mä. und Fr., 30-40 J. und 41-50 J.): Nr. 154-155: 29, 18 und 11, 20 und 9; Nr. 156-157: 14, 8 und 6, 10 und 4; Nr. 139: 40, 33 und 7, 25 und 15)												
Σ84, 85, 86 Katamn. BdK	-.25	-.78	8.06	++	-.14	.17	.21		2.39		3.81	+
98 Ern. beib.	.02	-.02	.02		-.16	.17	4.18	+	2.14		2.12	
122 Häufigk. Krankm. 1. 6 Mon.	-.03	.10	1.37		-.00	.01	.01		3.55		1.64	
123 Dauer Krankm. 1. 6 Mon.	.16	.48	1.06		.14	-.16	.32		1.89		1.80	
127 Beurt. Ges.-Zust.	.11	-.33	10.50	++	.11	-.13	4.46	+	5.26	+	6.05	+++
128 St. Erhol. /T.	.08	-.27	1.96		.05	-.06	.28		1.34		1.13	
130 St. körp. Bet. /Wo.	.07	-.22	1.34		-.07	.08	.48		.13		.78	
131 Kaffee-bzw. Teekons. /T.	-.12	.40	2.68		-.01	.01	.01		.40		1.04	
132 Bierkons. /Wo.	.62	-2.00	29.42	+++	.17	-.20	.81		.05		9.82	+++
133 Kons. hochproz. Getr. /Wo.	.01	-.02	.02		-.08	.09	1.26		.96		.77	
134 Weinkons. /Wo.	-.02	.07	.21		-.12	.14	2.61		.21		.95	
139 Zigarett./T.	.63	-2.96	.97		.35	-.59	.11		.00		.33	
143 Schlaftbl. l. 6 Mon.	.01	-.02	.02		-.04	.05	.39		.13		.20	
144 Beruh. tbl. l. 6 Mon.	-.26	.81	13.33	+++	-.10	.12	.70		.99		4.78	++
145 Schmerztbl. l. 6 Mon.	-.07	.22	1.09		.03	-.04	.10		.64		.67	
147 Abführtbl. l. 6 Mon.	-.16	.49	10.17	++	-.14	.17	3.00		3.72	+	5.09	++
148 Sonst. Medik. l. 6 Mon.	-.14	.44	3.21		-.20	.24	2.41		4.31		3.02	+
152 Ggw. Körp. gew.	3.26	-10.30	59.14	+++	-.42	.50	.37		2.98		22.21	+++

Fortsetzung Tabelle 25:

Variable	Geschlecht Abw Mä	Fr	Haupt-eff F	p	Altersgruppe Abw 30-40J	41-50J	Haupt-eff F	p	WW F	p	Var erkl F	p
154 Er. Fam. unang.	-.15	.28	.47		-.02	.05	.01		.73		.40	
155 Er. Fam. bel.	-.08	.14	.11		-.01	.01	.00		.99		.37	
156 Er. Ges. unang.	-.25	.19	.26		.20	-.50	.56		.49		1.17	
157 Er. Ber. bel.	.26	-.35	.70		.31	-.78	1.81		.95		2.28	
164 Zuv. Ges.	.09	-.29	5.09	+	.11	-.13	2.84		6.30	+	4.41	++
165 Zuv. Ber.	.05	-.15	1.55		.05	-.06	.54		2.20		1.35	
166 Zuv. Fam.	.09	-.30	5.16	+	.01	-.01	.03		.75		1.98	
167 Zuv. sonst. Bez.	.01	-.05	.17		.09	-.12	2.82		.09		.98	

Psychologisches Interview, Kuranfang T1

(N für Variablen Nr. 173-182 abweichend, da varianzanalytische Auswertung ohne Einschluß der Nullwerte nur für Einstufung tatsächlich angegebener Lebensereignisse. N (gesamt, Mä. und Fr. 30-40 J. und 41-50 J.) Nr. 173-174: 37, 25 und 12, 22 und 15, Nr. 175-176: 37, 25 und 12, 22 und 15, Nr. 177-180: 27, 17 und 10, 14 und 13, Nr. 181-182: 31, 22 und 9, 21 und 10)

169 Anstr.	.01	-.03	.06		-.02	.03	.09		.10		.09	
170 Eig.-Fremd-Init.	-.18	.54	6.08	+	-.12	.16	1.22		.55		2.44	
171 Sorg. Arb.-Pl.	.07	-.21	1.58		-.14	.18	2.93		1.52		1.17	
172 Sorg. Fam.	-.17	.48	6.67	++	.14	-.18	2.08		1.51		3.79	+
173 Er. Fam. unang.	-.31	.65	.97		.03	-.04	.01		4.73	+	1.91	
174 Er. Fam. bel.	-.19	.40	.44		.06	-.08	.03		2.01		.83	
175 Er. Ber. unang.	-.29	.60	.95		.18	-.27	.26		2.40		1.24	
176 Er. Ber. bel.	-.12	.24	.20		.21	-.31	.46		3.96	+	1.56	
177 Er. Ges. unang.	-.26	.45	.59		.65	-.70	2.24		1.09		1.42	
178 Er. Ges. bel.	-.18	.31	.29		.44	-.48	1.09		1.65		1.07	
179 Er. wirtsch. unang.	-.17	.30	.13		1.10	-1.18	3.27		.40		1.34	
180 Er. wirtsch. bel.	-.10	.18	.07		.47	-.50	.94		1.18		.76	
181 Er. sonst. unang.	-.52	1.27	2.91		.02	-.05	.01		9.15	++	4.05	+
182 Er. sonst. bel.	-.36	.88	.33		.17	-.35	1.19		1.79		10.37	++
183 Soz. ps. som. Z.	.04	-.11	.87		-.17	.21	2.84		.61		1.37	
184 Ki. glückl.-ungl.	-.09	.25	1.61		.03	-.03	.06		.75		.84	
185 Ki. ger.-unger.	-.01	.02	.01		.14	-.18	2.31		.06		.82	
186 Ki. str. n. str.	-.01	.03	.03		-.03	.04	.09		.03		.05	
187 Selbstzufr.	-.08	.22	1.21		-.03	.04	.10		.62		.62	
188 Ehrg.	-.03	.08	.23		.04	-.05	.21		.57		.36	
189 Nutz. psychol. Unt.	.01	-.02	.02		-.09	.12	1.03		1.24		.78	
190 Klags.	-.10	.29	2.60		-.12	.16	1.72		2.09		1.99	
191 Mitt. Soz.	.03	-.07	.25		-.02	.03	.09		.14		.17	
192 Mitt. Int.	-.16	.44	6.17	+	.07	-.10	.64		.07		2.49	
193 Symp.	.04	-.12	1.60		-.10	.13	2.70		.20		1.48	
194 SE	.02	-.07	.25		-.15	.19	4.74	+	.01		1.78	
195 Ängstl.	-.01	.04	.16		.01	-.02	.05		.19		.14	
196 Belast.	-.05	.14	4.99	+	-.00	.01	.01		.79		1.93	
197 FE ges.	-.06	.15	1.26		-.06	.07	.68		.20		.63	

Medizinische Variablen (Nr. 310-318 Termin jeweils angegeben, Nr. 319-344 T1)

310 Größe	3.35	-8.95	121.08	+++	.60	-.81	1.96		1.05		40.73	+++
311 Gew. Kuranf.	3.49	-9.34	52.63	+++	-.38	.51	.31		.97		18.80	+++
312 Gew. Kure.	3.35	-8.95	64.78	+++	-.34	.45	.33		1.02		23.03	+++
313 psR }	-.23	.60	.11		-.24	.33	.06		.09		.08	
314 pdR } Kuranf.	.95	-2.51	4.18	+	-.19	.26	.08	+	3.73	+	2.72	+
315 psR } Kure.	-.30	1.13	.18		-.75	1.01	.85		3.73	+	1.58	
316 pdR }	-.38	1.42	1.13		-1.03	1.39	3.03		1.16		1.55	
317 Puls Kuranf.	-1.40	4.15	7.32	++	-1.46	2.12	3.90	+	1.07		3.43	+
318 Puls Kure.	-2.19	6.50	17.14	+++	-1.72	2.49	5.14	+	.13		6.34	+++
319 Cholest.	4.83	-14.33	3.14		-.45	.66	.01		.04		1.16	
323 Trigl.	8.33	-21.77	4.75	+	-.04	.05	.00		.36		1.73	
327 Harns.	.44	-1.15	49.75	+++	.14	-.19	2.70		2.07		17.41	+++
331 γ-GT	.94	-2.46	1.18		.59	-.80	.24		.00		.43	
335 Harnst.	.42	-1.11	1.17		-.91	1.25	2.81		2.82		2.47	
336 BKS 1. St.	-1.85	4.87	29.16	+++	-.43	.59	.83		.02		9.73	+++
337 BKS 2. St.	-2.71	7.13	26.20	+++	-1.03	1.41	1.98		.29		8.93	+++
342 Leuko	.64	-1.70	2.37		-.59	.80	1.02		.06		1.33	
343 Ery.	.16	-.42	122.71	+++	-.00	.01	.05		.47		42.17	+++
344 Hämogl.	.46	-1.21	106.26	+++	.03	-.04	.21		.07		35.80	+++

Tab. 26 : Mehrfaktorielle Varianzanalyse zu den Ausprägungen in metrischen Variablen der Stichprobe der LVA-Kurpatienten an den (maximal 3) Erhebungszeitpunkten (Kuranfang T1, Kurende T2, Halbjahreskatamnese T3) anhand der Faktoren des Geschlechts (G;Mä. : N = 131 zu T1 und T2, N = 105 zu T2; Fr. : N = 49 zu T1 und T2, N = 34 zu T3), der Altersgruppe (A; 30-40 J.: N = 103 zu T1 und T2, N = 76 zu T3; 41 - 50 J. : N = 77 zu T1 und T2, N = 63 zu T3), der Kurwiederholung (W; N Erstkurg. : N = 106 zu T1 und T2, N = 72 zu T3, Kurwiederhol. : N = 74 zu T1 und T2, N = 65 zu T3), Belastungsrating im Psychologischen Interview (B; nicht bzw. wenig belastet: N = 61 zu T1 und T2, N = 51 zu T3, in mittl. Ausmaß belastet: N = 39 zu T1 und T2, N = 30 zu T3, sehr belastet: N = 72 zu T1 und T2, N = 53 zu T3), zusätzliche psychologische Behandlung erhalten (P; Ja: N = 29 zu T1 und T2, N = 23 zu T3, Nein: N = 151 zu T1 und T2, N = 116 zu T3). Missing data zu einzelnen Variablen siehe Grundauswertungstabellen 1 - 3.
Darstellung von 1. Abweichungen vom Gesamtmittelwert (Abw) und 2. Haupteffekten (Haupteff) unter Bereinigung einzelner Faktoren vom Einfluß jeweils anderer Faktoren), 3. Wechselwirkungen (WW), 4. erklärter Varianz (Var erkl). Zu 2. und 4. Angabe von F-Werten und p-Werten, zu 3. Angabe von p-Werten. Bei p < .05 +, < .01 ++, < .001 +++ (Umgekehrte Polung bei HG-Variablen beachten)

Variable	Geschlecht Abw Mä	Geschlecht Abw Fr	Geschlecht Haupteff F	Geschlecht Haupteff p	Altersgruppe Abw 30-40 Jahre	Altersgruppe Abw 41-50 Jahre	Altersgruppe Haupteff F	Altersgruppe Haupteff p	Kurwiederholung Abw Nein (Erst-Kurg)	Kurwiederholung Abw Ja (Kur-Wiederh.)	Kurwiederholung Haupteff F	Kurwiederholung Haupteff p	Belastungsrating Abw nicht bzw. wenig belastet	Belastungsrating Abw mittel	Belastungsrating Abw sehr	Belastungsrating Haupteff F	Belastungsrating Haupteff p	Zus. psych. Beh. Abw Ja	Zus. psych. Beh. Abw nein	Zus. psych. Beh. Haupteff F	Zus. psych. Beh. Haupteff p	WW 1) 2 Weg 2) 3 Weg 3) 4 Weg	Var erkl F	Var erkl p
Psychologische Fragebogen																								
Fragebogen Einstellung zur Kur EzK, Kuranfang T1																								
216 EzK1	-.46	1.33	3.95+		-.50	.63	2.07		.70	-1.03	4.62+		.03	.15	-.10	.04		1.33	-.28	2.04		GxA+	1.05	
217 EzK2	-.23	.65	1.07		.06	-.08	.03		-.10	.15	.12		-1.47	-.40	1.50	9.62++		1.31	-.27	2.62		GxA+++	2.13++	
218 EzK3	-.13	.38	.42		.47	-.60	2.33		-.30	.44	1.06		.82	.76	-1.11	6.02+		-.46	.10	.31			.85	
Fragebogen Beurteilung der Kur BdK, Kurende T2																								
219 BdK1	1.06	-3.27	16.81+++		.90	-1.10	4.98+		-.48	.72	1.72		1.07	-.22	-.78	1.71		2.87	-.59	7.44++		GxP+AxB+ GxAxP+	2.25+++	
220 BdK2	.17	-.53	.85		.10	-.12	.12		-.05	.08	.04		.48	.13	-.49	1.31		-.30	.06	.16		GxP++	4.73+	
221 BdK3	.27	-.84	1.34		.14	-.17	.14		.05	-.07	.02		-.69	.27	.43	.62		.87	-.18	.84		GxAXWxP+ GxA+AxP+ GxAxB+ AxWxB++ AxBxP+	1.68+	
222 BdK4	.27	-.84	2.97		.18	-.22	.53		.05	-.08	.06		-1.07	-.11	.98	7.37++		2.16	-.45	11.41+++		AxB+	2.27+++	
Fragebogen zur Erfassung subjektiver Krankheitskonzepte und Behandlungsvorstellungen KKB, Kuranfang T1																								
223 KKB1-1	-.24	.68	1.33		.11	-.14	.14		-.06	.08	.04		-1.84	-1.37	2.31	25.60+++		2.61	-.55	10.11++		GxA+	3.57+++	
224 KKB2-1	-.52	1.48	22.37+++		.04	-.06	.07		-.32	-.46	4.25+		-.51	.26	.32	1.38		-.26	.05	.35		WxB+	2.01++	
225 KKB3-1	-.19	.53	1.68		-.05	.06	.05		.22	-.32	1.24		-.05	-.32	.29	.40		.72	-.15	1.54		AxB+	.95	
226 KKB4-1	.10	-.29	1.15		.08	-.10	.34		-.10	.15	.60		-.72	-.09	.69	6.39++		-.13	.03	.11		AxP+WxB+	1.43	
Fragebogen zur Erfassung subjektiver Krankheitskonzepte und Behandlungsvorstellungen KKB, Kurende T2																								
227 KKB1-2	-.48	1.52	6.71++		.01	-.02	.00		-.42	.63	2.54		-2.29	-1.33	2.65	40.06+++		2.18	-.46	8.27++		GxA+GxB+	4.54+++	
228 KKB2-2	-.29	.91	6.81++		-.26	.32	2.20		.03	-.04	.03		-.71	.05	.56	4.87+		-1.10	.23	5.83+		GxAxW+	1.34	
229 KKB3-2	-.06	.19	.26		-.19	.24	1.04		-.24	.36	1.95		.02	.17	-.11	.20		.35	-.07	.52		GxB+WxP+	1.30	
230 KKB4-2	.10	-.32	1.21		-.22	.26	2.17		-.08	.12	.34		-.66	.03	.51	5.62+		-.31	.06	.66			.99	
Fragebogen zur Erfassung subjektiver Krankheitskonzepte und Behandlungsvorstellungen KKB, Halbjahreskatamnese T3																								
231 KKB1-3	-.39	1.48	3.25		-.12	.13	.09		-.32	.37	.68		-1.60	-1.49	2.49	8.98+++		1.18	-.25	1.42			1.82+	
232 KKB2-3	-.13	.58	1.94		-.34	.39	3.34		-.34	.39	3.34		-.47	.65	.01	2.39		-.28	.06	.33			1.07	
233 KKB3-3	-.20	.76	1.93		-.57	.64	4.78+		-.07	.08	.07		.09	-.46	.29	.53		.29	-.06	.19			1.15	
234 KKB4-3	.11	-.44	1.48		-.13	.15	.56		-.36	.38	3.81+		-.35	.03	.31	1.00		-.36	.08	.68		AxWxB+	.89	
Fragebogen Hypochondrie und Gesundheitsverhalten HG, Kuranfang T1																								
235 HG1-1	.08	-.26	2.07		-.06	.07	.38		.03	-.05	.16		.22	.07	-.23	1.66		.20	.03	.68		GxWxB+	.94	
236 HG2-1	.07	-.23	4.08+		-.03	.03	.23		.14	-.20	6.86++		.03	-.14	.06	.78		.09	-.02	.35		GxWxP+	1.09	
237 HG3-1	.07	-.23	1.94		.10	-.12	1.47		.10	-.15	1.96		.13	-.08	-.07	.51		.40	-.09	3.58+		GxWxP+	1.17	
238 HG4-1	.15	-.49	10.07++		.12	-.15	2.58		.06	-.09	.70		.07	-.13	.01	.39		-.01	.00	.00		GxAxP+	1.14	
Fragebogen Hypochondrie und Gesundheitsverhalten HG, Kurende T2																								
239 HG1-2	.11	-.33	3.36		-.09	.11	.95		.12	-.18	2.13		.25	-.18	-.12	1.55		.32	-.07	1.83			.89	
240 HG2-2	.06	-.17	2.17		.13	-.16	4.72+		-.01	.01	.03		.08	-.10	-.02	.55		-.17	.04	1.28			.90	
241 HG3-2	-.08	.25	2.71		.03	-.03	.10		.11	-.17	2.61		.01	-.06	.03	.07		.15	-.03	.52			1.06	
242 HG4-2	.09	-.26	3.66+		.13	-.16	3.59+		.02	-.04	.14		.12	-.09	-.06	.66		-.34	.07	3.45		AxBxP+ AxPxP+ WxBxP+	.96	
Fragebogen Hypochondrie und Gesundheitsverhalten HG, Halbjahreskatamnese T3																								

Fortsetzung Tabelle 26:

Variable	Geschlecht Abw Mä	Fr	Haupt-eff F	p	Altersgruppe Abw 30-40 Jahre	41-50 Jahre	Haupt-eff F	p	Kurwiederholung Abw Nein (Erstkurg)	Ja (Kurwiederh.)	Haupt-eff F	p	Belastungsrating Abw nicht bzw. wenig	mittel	sehr belastet	Haupt-eff F	p	Zus. psych. Beh. Abw Ja	nein	Haupt-eff F	p	WW 1) 2 Weg 2) 3 Weg 3) 4 Weg	Var erkl F	p
243 HG1-3	-.02	.07	.12		-.17	.19	2.85		.07	-.07	.41		.28	.18	-.38	3.24+		.08	-.02	.09		AxW+AxP+ AxW+AxB+ GxAxW+++ GxAxB+++ GxWxP++ GxWxB+ AxWxB+ GxAxWxB+++	3.45+++	
244 HG2-3	-.06	.22	3.91		.02	-.02	.13		.08	-.08	1.48		.13	-.25	.03	2.65		-.22	.05	1.98		GxA+++ GxP++GxB++ GxAxW+++ GxAxB+++ GxWxB+++ AxWxB+ GxAxWxB+++	5.92+++	
245 HG3-3	-.00	.02	.01		.08	-.08	.68		.08	-.09	.75		.07	-.10	-.01	.23		.40	-.09	2.98		GxA+ GxAxB+	1.06	
246 HG4-3	.12	-.44	5.63+		.24	-.26	6.81++		.01	-.01	.01		.09	.01	-.10	.30		.04	-.01	.03		GxB++ GxAxW+ GxAxB+	1.49	
Freiburger Persönlichkeits-Inventar FPI, Kuranfang T1																								
247 FPI2-1	.03	-.09	.15		.18	-.23	2.17		-.03	.05	.08		-.24	.06	.18	.79		.18	-.23	.03		AxW+	.94	
248 FPI9-1	.21	-.62	3.02		.14	-.17	.58		.16	-.24	.91		-.40	-.36	.55	2.11		.02	-.00	.00			.95	
249 FPIE-1	.15	-.45	1.81		.45	-.56	7.09++		-.21	.31	1.83		.47	-.16	-.33	1.57		-.15	.03	.11		GxAxP+ GxB+	1.65+	
250 FPIN-1	-.37	1.12	7.95++		-.15	.19	.56		.11	-.17	.37		-.50	-.45	.69	2.74		1.22	-.25	5.19+		GxAxP+	1.58+	
Freiburger Persönlichkeits-Inventar FPI, Kurende T2																								
251 FPI2-2	-.05	.15	.29		.39	-.49	7.42++		-.16	.24	1.50		-.25	.08	.17	.60		.13	-.03	.12			1.47	
252 FPI9-2	.05	-.15	.16		.27	-.33	1.92		-.02	.03	.01		-.15	.28	-.02	.28		.20	-.04	.16		GxAxP+ AxBxp++	.78	
253 FPIE-2	.25	-.76	4.78+		.49	-.61	7.48++		-.17	.25	1.05		.50	.07	-.48	1.99		.48	-.10	1.03		GxB+ GxAxP+	1.52+	
254 FPIN-2	-.48	1.44	7.85++		.20	-.24	.16		-.17	-.25	1.68		-.78	-.49	.96	3.06+		1.14	-.24	.42			1.34	
Freiburger Persönlichkeits-Inventar FPI, Halbjahreskatamnese T3																								
255 FPI2-3	-.04	.16	.00		.20	-.22	2.01		-.20	.21	1.28		-.05	-.36	.28	1.00		.03	-.01	.00			.85	
256 FPI9-3	.08	-.31	.41		.24	-.26	1.06		-.15	.16	.39		-.06	.07	.01	.02		1.15	-.24	3.74+			.56	
257 FPIE-3	.17	-.65	2.26		.60	-.65	7.93++		-.13	.14	.38		.27	.04	-.30	.50		.90	-.19	2.79		GxB++ AxBxp++	1.64+	
258 FPIN-3	-.29	1.09	3.93+		-.14	.15	.25		.13	-.14	.24		-.81	.12	.72	2.33		.66	-.12	.92			1.04	
Buchinger Persönlichkeits-Inventar BPI, Kuranfang T1																								
259 BPI1-1	-.88	3.05	7.11++		-.34	.36	.33		.58	-.65	1.03		-.97	-.24	1.07	.84		1.71	-.39	1.42		GxB+	1.36	
260 BPI2-1	-.12	.41	.17		-.21	.22	.17		-.13	.15	.07		-1.47	.92	1.17	1.95		3.30	-.77	6.93++			1.11	
261 BPI3-1	-1.02	3.49	25.74+++		-.45	.47	1.59		-.23	.26	.41		-.94	.11	.81	1.76		1.80	-.41	4.37+		AxB+WxP++ Bxp+ AxBxp++	2.74+++	
262 BPI4-1	-.44	1.52	5.79+		-.35	.37	1.14		.17	-.19	.29		-1.20	-.45	1.42	4.65+		1.43	-.32	3.22+			1.60+	
263 BPI5-1	-.41	1.21	14.12+++		-.43	.53	6.56++		.12	-.18	.64		-.38	-.43	.56	2.72		1.40	-.30	10.29++		GxB+++ GxAxP+	2.70+++	
264 BPI6-1	-.04	.12	.33		.04	-.05	.15		-.05	.07	.25		.39	-.26	-.19	2.70		-.13	.03	.22		AxW+ WxBxP+	.87	
Buchinger Persönlichkeits-Inventar BPI, Kurende T2																								
265 BPI1-2	-.96	2.83	9.99++		-.06	.08	.02		.14	-.21	.10		-1.55	.17	1.23	2.38		.69	-.15	.33		GxB+ GxAxWxB+	1.56+	
266 BPI2-2	-.51	1.50	3.42		.37	-.46	.79		.15	-.23	.16		-1.13	-.66	1.33	2.46		-.18	.04	.03		AxWxB+	1.35	
267 BPI3-2	-.95	2.82	23.05+++		.17	.21	.32		.27	-.40	.94		-1.29	-.60	1.43	5.54++		-1.02	.22	1.66		GxAxP+ AxBxP+ WxBxP+	2.24+++	
268 BPI4-2	-.57	1.70	10.81+++		-.30	.38	1.29		.26	-.38	1.13		-1.48	-.79	1.72	10.23+++		-.32	.07	.21		GxWxP+	1.71+	
269 BPI5-2	-.24	.70	5.30+		-.07	.09	.20		-.09	.13	.37		-.41	-.65	.71	5.09++		.61	-.13	2.17		GxW+GxB++	1.86++	
270 BPI6-2	-.04	.11	.24		.00	-.01	.00		-.10	.15	.86		-.07	.17	-.16	.49		-.55	.12	3.17			.64	

Fortsetzung Tabelle 26:

Variable	Geschlecht Abw Mä	Fr	Haupt-eff F	p	Altersgruppe Abw 30-40 Jahre	41-50 Jahre	Haupt-eff F	p	Kurwiederholung Abw Nein (Erst-kurg.)	Ja (Kur-wie-derh.)	Haupt-eff F	p	Belastungsrating Abw nicht bzw. wenig	mit-tel	sehr belastet	Haupt-eff F	p	Zus. psych. Beh. Abw Ja	nein	Haupt-eff F	p	WW 1) 2 Weg 2) 3 Weg 3) 4 Weg	Var erkl F	p
Freiburger Beschwerdeliste FBL, Kuranfang T1, Kurende T2, Halbjahreskatamnese T3																								
271 FBL1-1	-1.38	4.00	19.44+++		-.38	.49	.68		.89	-1.31	4.17+		-1.72	-.22	1.71	4.09+		-.66	.14	.26			1.77+	
272 FBL1-2	-1.27	4.02	17.17+++		-.43	.54	.79		-.40	.61	.83		-1.52	.00	1.39	3.53+		-1.77	.35	1.90		GxP+BxP+	2.04++	
273 FBL1-3	-1.23	4.50	16.13+++		-.77	.83	1.91		-.26	.29	.23		-1.51	1.38	.61	2.08		-2.99	.67	4.89+			1.38	
Adjektiv-Skalen zur Einschätzung der Stimmung SES, Kuranfang T1																								
274 SES1-1	.20	-.60	4.59+		.30	-.37	4.35+		-.13	.19	.99		.65	.00	-.57	4.83++		.15	-.03	.15		AxW+	1.52+	
275 SES2-1	.05	-.16	.52		.10	-.13	.85		.05	-.07	.20		.01	-.02	.00	.00		.43	-.09	2.22			1.74+	
276 SES3-1	.47	-1.40	26.29+++		.09	-.11	.43		.12	-.17	.83		.55	-.28	-.34	3.30+		.85	-.17	5.40+		GxWxP+ GxBxP+++ AxbxP+++ WxBxp+++	2.12+++	
277 SES4-1	-.04	.13	.43		.06	-.07	.29		.14	-.21	2.20		-.41	.16	.28	3.23+		.06	-.01	.04		GxWxP+AxWxP+ WxP+++ WxB+ GxBxW+ GxBxp+++ AxBxp+++ WxBxp+++	2.01++	
278 SES5-1	-.05	.14	.55		-.03	.03	.07		-.23	.34	6.43+		-.18	.28	.02	1.19		.05	-.01	.03		GxA+Gxl+ Bxp++ GxBxp++ AxBxP+++ WxBxp+++	1.72+	
279 SES6-1	-.23	.73	6.19+		-.08	.10	.31		-.08	.12	.34		-.23	-.12	.28	.91		-.42	.08	1.11		AxP+WxP+ WxB+	1.57+	
280 SES7-1	.38	-1.19	17.28+++		-.12	.15	.74		.09	.14	.49		.06	.11	-.11	.16		.49	-.09	1.58		AxWxB+	1.41	
Adjektiv-Skalen zur Einschätzung der Stimmung SES, Kurende T2																								
281 SES1-2	.13	-.41	2.00		.30	-.38	4.47+		-.07	.11	.31		.46	.35	-.57	7.35++		-.17	.03	.20		AxP+ AxWxB+ GxAxWxP+	1.87+	
282 SES2-2	-.15	.46	5.49+		.17	-.21	2.93		.03	-.04	.09		-.22	-.06	.23	2.88		-.13	.03	.24		WxP+ WxBxP+	1.67+	
283 SES3-2	.28	-.88	8.93++		-.11	.14	.57		.07	-.11	.31		.40	-.23	-.23	.40		.38	.08	.97		GxAxP+ WxBxp++	1.37	
284 SES4-2	-.20	.62	12.36++		.01	-.02	.02		.13	-.20	2.56		-.30	-.10	.32	5.84+		-.14	.03	.33			1.45	
285 SES5-2	-.16	.50	5.92+		-.06	.08	.40		-.02	.04	.06		-.07	-.09	.11	.47		.36	.07	1.77		GxA+ GxWxB+	1.24	
286 SES6-2	-.33	1.04	14.18+++		.04	-.04	.07		.02	-.04	.04		.10	-.18	.01	.03		-.07	.01	.04		BxP+ GxAxW+ GxBxP+ WxBxP++	1.83+	
287 SES7-2	.25	-.79	6.95++		-.14	.17	.87		-.10	.15	.54		.42	-.07	-.33	1.06		-.36	.07	.84			1.09	
Adjektiv-Skalen zur Einschätzung der Stimmung SES, Halbjahreskatamnese T3																								
288 SES1-3	.12	-.41	1.38		.13	-.14	.55		-.12	.13	.46		-.03	.54	-.34	1.61		-.33	.07	.55			.94	
289 SES2-3	-.08	.29	.95		.08	-.09	.31		-.08	.09	.30		-.21	.10	.13	.46		.64	-.14	3.06		AxP+AxB+	1.59+	
290 SES3-3	.24	-.85	5.62+		.01	-.01	.00		.06	-.07	.12		.07	.48	-.39	1.44		.50	-.11	1.22		GxW+	1.32	
291 SES4-3	-.18	.65	5.63+		.22	-.23	2.53		.03	-.04	.06		-.50	-.16	.60	4.53++		-.43	.10	1.59		GxB+Wxp++	1.67+	
292 SES5-3	-.05	.19	.49		.27	-.28	3.95+		.01	-.01	.00		-.24	.13	.15	.76		-.25	.06	.59			.82	
293 SES6-3	-.22	.78	4.34+		-.14	.15	.53		-.24	.26	1.63		-.19	.04	.16	.26		-.08	.02	.03			1.06	
294 SES7-3	.10	-.36	1.22		-.24	.25	1.96		.01	-.01	.00		-.14	-.02	.15	.21		-.14	.03	.12			.85	
Fragebogen zur Erfassung subjektiver psychosozialer Belastungen im Zusammenhang mit Ehe, Familie und Beruf BFB, Kuranfang T1																								
295 BFB1-1	-.03	.10	.03		-.10	.10	.09		-.10	.16	.15		-.77	-.36	.68	3.29		.20	.04	.07			.65	
296 BFB2-1	.04	-.14	.05		-.02	.02	.00		.29	-.45	1.08		-1.12	-.10	.84	3.42		-.35	.08	.19			.79	
297 BFB3-1	-.28	.90	3.57+		-.25	.26	.95		-.32	.49	2.28		-.92	-.80	.96	10.23++		-.40	-.09	.44			1.83+	
298 BFB4-1	-.05	.15	.27		.20	-.22	1.74		-.09	.14	.50		-.13	-.21	.17	.87		.25	-.06	.48		GxAxW+	1.11	

Fortsetzung zu Tabelle 26:

Variable	Geschlecht Abw Mä	Geschlecht Abw Fr	Haupt-eff F	Haupt-eff p	Altersgruppe Abw 30-40 Jahre	Altersgruppe Abw 41-50 Jahre	Haupt-eff F	Haupt-eff p	Kurwiederholung Abw Nein (Erst-kurg.)	Kurwiederholung Abw Ja (Kur-wie	Haupt-eff F	Haupt-eff p	Belastungsrating Abw nicht mit-bzw. tel wenig belastet	Belastungsrating Abw sehr belastet	Haupt-eff F	Haupt-eff p	Zus. psych. Beh. WW Abw Ja	Zus. psych. Beh. WW Abw Nein	Haupt-eff F	Haupt-eff p	1) 2 Weg 2) 3 Weg 3) 4 Weg	Var erkl F	Var erkl p
Fragebogen zur Erfassung subjektiver psychosozialer Belastungen im Zusammenhang mit Ehe, Familie und Beruf BFB, Kurende T2																							
299 BFB1-2	-.21	-.48	.74		-.22	.24	.42		-.07	.13	.07		-1.18	-.37	.91	4.98+	-.14	.03	.03			1.03	
300 BFB2-2	-.28	.65	1.51		-.09	.09	.07		.28	-.50	1.18		-1.11	-.08	.75	3.24	-.64	.68	.27		GxWxB+ AxP+	1.37	
301 BFB3-2	-.48	1.14	6.60+		-.04	.05	.03		-.29	.52	1.83		-1.23	-.38	.95	8.62++	-.92	.19	1.90		GxWxB+ AxWxB+ AxB+Axp+	1.54	
302 BFB4-2	-.16	.37	2.76		.17	-.18	1.56		-.08	.14	.57		-.29	-.01	.19	1.47	-.16	.17	1.60		GxP+ GxAxW+ GxWxB+	1.48	
Fragebogen zur Erfassung subjektiver psychosozialer Belastungen im Zusammenhang mit Ehe, Familie und Beruf BFB, Halbjahreskatamnese T3																							
303 BFB1-3	-.23	1.01	1.75		.34	-.31	.83		.04	-.05	.02		-.70	-1.28	1.21	7.19++	-.70	.18	.79		GxB+AxB+ GxAxB+ GxBxP+	1.63+	
304 BFB2-3	-.13	.58	.68		-.27	.25	.63		-.21	.27	.53		-.07	-1.19	.65	2.23	-.41	.11	.33			.88	
305 BFB3-3	-.33	1.44	4.87+		.39	-.36	1.54		.05	-.06	.03		-.78	-.35	.80	3.93+	-.48	.12	.51		GxWxB+ WxB+WxP+	1.40	
306 BFB4-3	-.11	.47	1.63		.01	-.01	.00		-.07	.09	.19		-.02	-.49	.26	1.27	-.11	.03	.07		GxAxWxB+	.96	
Fragebogen zur Einschätzung der Patienten durch Gruppenarzt und Gruppenbetreuerin (Arzt- und Betreuerin-Rating), Kurende T2																							
307 Arztr.1	.98	-2.90	26.06+++		-.18	.22	.36		.42	-.60	2.35		.37	.36	-.53	.76	1.87	-.38	5.74+		GxAxP+	1.81++	
308 Betr.r.	.31	-.93	6.47+		-.38	.48	4.17+		.65	-.94	13.91+++		.39	.32	-.53	1.86	.68	-.14	1.81		GxAxWxp+	1.78++	
309 Arztr.2	-.07	.22	1.37		.06	-.07	.38		-.05	.07	.32		.57	-.05	-.48	7.88+++	-.52	.11	4.03+		Bxp+ GxWxp+ BxWxp++ GxAxWxP+	2.06++	
Anamnestischer Erhebungsbogen, Kuranfang T1																							
(N für Variablen Nr. 67-70 abweichend, da nur auf Raucher bzw. ehemalige Raucher bezogen. N (gesamt, G - Mä. und Fr. -, A -30-40 und 41-50 J. -, W - Erstkurg. und Kurwiederh. -, B wenig bis mittel und sehr belastet - , P - zusätzliche psych. Beh. erhalten ja und nein -) Nr. 67: 54, G 45 und 9, A 30 und 24, W 30 und 24, B 34 und 20, P 7 und 47; Nr. 68-69: 32, G 26 und 6, A 16 und 16, W 23 und 9, B 20 und 12, P 5 und 27; Nr. 70: 82, G 68 und 14, A 45 und 37, W 50 und 32, B 50 und 32, P 12 und 70)																							
1 Alt.	.30	-.96	3.87+		-4.41	6.00	370.43+++		.29	-.58	2.28		-.05	.06	.20		.16	-.03	.74			20.01+++	
34 Z.d.z.-Erhol.-gen.Url.-T.	.40	1.36	.67		.06	-.07	.01		.72	-.99	.90		.36	-.52			-3.49	.70	2.73			.92	
36 Häufigk.d.Krankm.1.2 J.	-.11	.39	2.58		-.05	.06	.20		.10	-.14	.88		-.06	.08	.23		-.31	.06	1.01			.82	
37 Dauerd.Krankm.1.2 J.	-.78	2.64	6.49+		-.70	.84	1.93		.04	-.06	.01		-.35	.51	.50		-.50	.10	.14		GxA+ GxWxP+	1.01	
54 St.Erhol./T.																							
58 St.Schlaf	.00	-.02	.01		.12	-.14	1.45		-.15	.16	1.85		.08	-.12	.63		-.12	.02	.19		WxB+ GxAxP+ GxWxB++ GxWxP++	1.60+	
62 Kaffee- bzw. Teekons./T.	-.14	.46	2.55		-.20	.24	1.77		.15	-.21	1.19		.04	-.05	.06		-.19	.04	.23		AxB+ GxAXBxW+	.98	
63 Bierkons./Wo.	.77	-2.60	38.33+++		.06	-.07	.09		-.30	.41	2.47		.05	-.08	.07		-.37	.07	.47			2.32+++	
64 Weinkons./Wo.	.07	-.20	1.15		.08	-.09	.61		-.06	.09	.48		.02	-.03	.04		-.09	.02	.12		GxP+AxB++ BxP+++ GxBxP+ AxBxP+ GxAxWxB+	2.02++	
65 Kons. hochproz.Getr./Wo.	.07	-.22	.67		.12	-.15	.78		.15	-.22	1.47		.09	-.13	.44		.03	-.01	.01			.69	
67 J.Rauch.	.43	-2.14	1.19		-3.73	4.66	22.92+++		.65	-.82	.73		.18	-.10	.02		-.89	.13	.13		GxW+AxB+	2.03+	
68 Rauch. aufgeh.	-.26	1.15	.35		-.09	.09	.01		-.43	.17	.08		-1.07	1.78	1.79		-4.19	.78	2.88			2.08	
69 J.ger.	.87	-3.64	1.92		-4.71	5.02	13.39+++		-.92	2.26	1.23		.57	-1.03	.28		1.07	-.21	.10		AxW+	2.19	
70 Zigarett./T.	.49	-2.39	.43		2.24	-2.72	2.24		2.11	-3.29	2.58		2.41	-3.76	2.87		-4.52	.77	1.09			1.19	

Fortsetzung Tabelle 26:

Variable	Geschlecht Abw Mä	Geschlecht Abw Fr	Geschlecht Haupt-eff F	Geschlecht Haupt-eff p	Altersgruppe Abw 30-40 Jahre	Altersgruppe Abw 41-50 Jahre	Altersgruppe Haupt-eff F	Altersgruppe Haupt-eff p	Kurwiederholung Abw Nein (Erst-kurg)	Kurwiederholung Abw Ja (Kur-wiederh.)	Kurwiederholung Haupt-eff F	Kurwiederholung Haupt-eff p	Belastungsrating Abw nicht bzw. wenig	Belastungsrating Abw mit-tel	Belastungsrating Abw sehr belastet	Belastungsrating Haupt-eff F	Belastungsrating Haupt-eff p	Zus. psych. Beh. Abw Ja	Zus. psych. Beh. Abw Nein	Zus. psych. Beh. Haupt-eff F	Zus. psych. Beh. Haupt-eff p	WW 1) 2 Weg 2) 3 Weg 3) 4 Weg	Var erkl F	Var erkl p
74 Schlaftbl.i.l.J.	-.11	.33	3.61		.07	-.09	.66		.03	-.04	.73		-.30	.43	11.41+++			-.42	.09	3.42			1.22	
75 Beruh.tbl.i.l.J.	-.13	.41	2.80		.12	-.15	.99		-.17	.12	1.37		-.42	.60	10.95+++			-.38	.08	1.08			1.08	
76 Schmerztbl.i.l.J.	-.08	.26	1.98		.03	-.03	.08		-.09	.13	1.15		-.08	.12	.76			.11	-.02	.21		GxB+AxB+	1.38	
78 Abführtbl.i.l.J.	-.24	.75	30.14+++		-.23	.27	10.85+++		.12	-.17	3.33		-.02	.02	.06			-.10	.02	.30		GxA+GxP+ BxP+ GxAxWxB+	3.20+++	
79 Sonst. Medik. i.l.J.	.00	.00	.00		-.03	.03	.04		-.00	.00	.00		-.02	.02	.01			-.36	.07	1.04		GxAxW+++	1.31	
80 Z.bish. Krank. h.-aufenth.	-.34	1.14	17.93+++		.05	-.07	.15		-.40	.58	9.69++		-.03	.05	.06			-.01	.00	.00		GxAxP+	1.79+	
81 Z.bish. Operat.	-.08	.24	1.37		-.11	.13	1.06		-.05	.07	.24		-.05	.07	.20			-.11	.02	.17		GxAxW+ WxBxP+ GxAxWxP+	1.31	

Katamnestischer Erhebungsbogen, Halbjahreskatamnese T3

(N für Variablen Nr. 139 und 154-157 abweichend, da varianzanalytische Auswertung bei Nr. 139 nur auf Raucher bezogen und bei Nr. 154-157 ohne Einschluß der Nullwerte nur für Einstufung tatsächlich angegebener Lebensereignisse vorgenommen. N (gesamt, G - Mä. und Fr. -, A - 30-40 J. und 41-50J. -, W - Erstkurg. und Kurwiederh. -, B - wenig bis mittel und sehr belastet - , P - zusätzlich psych. Beh. erhalten ja und nein-) Nr. 139: 40, G 33 und 7, A 25 und 15 , W 18 und 22 , B 7 und 23 , P 6 und 34 ; Nr. 154-155: 23, G 17 und 8, A 17 und 8, W 9 und 16, B 11 und 14, P 6 und 19)

∑84, 85,86 Katamn. BdK	.08	-.29	4.91+		-.07	.07	1.07		.10	-.11	2.30		.08	-.13	1.70			.42	-.09	6.93++		GxAB++	1.95++	
98 Ern. beib.	.01	-.02	.03		-.15	.16	4.05+		.02	-.02	.07		.00	-.00	.00			-.07	.02	.15			.67	
122 Häufigk. Krank. m.l. 6 Mon.	-.03	.12	1.93		-.01	.01	.03		-.11	.12	6.30+		-.04	.07	1.12			-.13	.03	1.47		WxP+B+P+	1.55+	
127 Beurt.Ges.-Zust.	.10	-.35	10.40++		.12	-.13	4.65		.06	-.07	1.44		.03	-.05	.43			.21	-.04	2.36		AxW+WxP+ WxBxP+	2.00++	
128 St. Erhol. /T.	.06	-.24	1.14		.06	-.07	.30		-.12	.13	1.17		.17	-.28	2.92			.14	-.03	.27			.78	
130 St. körp. Bet. /Wo	.12	-.44	3.91+		-.08	.09	.51		-.05	.06	.22		-.14	.22	1.81			-.27	.06	.94		AxW+	.89	
131 Kaffee-bzw. Teekons. /T.	.15	.55	4.12+		.02	-.02	.02		-.01	.01	.01		.03	-.05	.05			.04	-.01	.02			.82	
132 Bierkons. /Wo	.60	-2.10	25.19+++		.04	-.04	.78		-.17	.19	.64		.06	-.09	.12			-.25	.05	.00			1.70+	
133 Kons. hochproz. Getr. /Wo.	.02	-.07	.23		-.12	.13	2.70		-.03	.03	.16		.08	-.10	.19			-.16	.03	.98			.70	
134 Weinkons. /Wo.	-.02	.08	.25		-.13	.14	2.31		.00	-.00	.00		.02	-.06	.05			-.09	.02	.23			.49	
139 Zigarett. /T.	.82	-4.75	1.27		.70	-1.00	.24		-1.70	1.70	.98		1.69	-2.72	1.33			1.11	-.19	.07			.51	
143 Schlaftbl. l. 6 Mon.	-.13	.27	2.09		.05	-.04	.04		.05	-.03	.80		-.39	.48	13.01+++			-.39	-.07	3.20			1.18	
144 Beruh. tbl. l. 6 Mon.	-.18	.67	6.06		-.06	.07	.33		.01	-.01	.01		-.40	.64	15.72+++			-.13	.03	.23		WxB+WxP+++ GxAxWxB+++	2.76+++	
145 Schmerztbl. l. 6 Mon.	-.09	.34	2.18		.08	-.09	.47		.03	-.03	.06		-.25	.40	5.57+			-.21	.04	.54		GxWxB+	1.19	
147 Abführtbl. l. 6 Mon.	-.14	.52	10.45++		-.17	.18	4.38+		-.02	.02	.04		-.10	.16	1.91			-.14	.03	.50		GxAxWxB+	1.73+	
148 Sonst. Medik. l. 6 Mon.	-.11	.39	1.90		-.23	.25	2.72		.07	-.07	.22		-.06	.09	.21			.00	-.00	.00		GxA+	1.12	
152 Ggw. Körp. gew.	2.64	-9.86	40.95+++		-.36	.40	.23		-.07	.08	.01		1.47	-2.30	4.41+			1.29	-.30	.50		GxA+GxP+	2.62+++	
154 Er. Fam. unang.	-.07	.26	1.04		.20	-.22	2.64		-.19	.20	2.15		-.28	.45	5.90+			-.45	.10	2.01		GxW+GxB+ GxP++AxW+	2.05++	
155 Er. Fam. bel.	-.07	.24	.85		.22	-.24	2.96		-.19	.24	2.05		-.29	.47	5.99+			-.47	.10	2.17		GxW+GxB+ GxP+ GxAxP+ GxBxP++	2.04+++	
164 Zuv. Ges.	.07	-.24	2.90		.12	-.14	3.29		-.05	.05	.49		.18	-.27	7.18++			.27	-.06	2.15		GxA+AxP+	1.82+	
165 Zuv. Ber.	.04	-.14	1.11		.03	-.04	.23		.00	-.00	.00		.25	-.37	15.12+++			.51	-.10	8.58++		WxB+WxP+	1.43	
166 Zuv. Fam.	.08	-.28	4.05+		.04	-.04	.32		-.04	.05	.38		.17	-.24	5.66+			.01	-.00	.00			1.38	
167 Zuv. sonst. Bez.	.01	-.02	.03		.09	-.10	2.05		-.01	.01	.02		.08	-.12	1.69			.06	-.01	.11			.52	

Psychologisches Interview, Kuranfang T1

(N für Variablen Nr. 173-180 abweichend, da varianzanalytische Auswertung ohne Einschluß der Nullwerte nur für Einstufung tatsächlich angegebener Lebensereignisse. N (gesamt, G - Mä. und Fr. - , A - 30-40 J. und 41-50 J. - , W - Erstkurg. und Kurwiederh. - , B - wenig bis mittel und sehr belastet - , P - zusätzl. psych. Beh. erhalten ja und nein -) Nr. 173 - 174: 65, G 44 und 21, A 34 und 31, W 32 und 33, B 24 und 41, P 19 und 46; Nr. 175-176: 59, G 46 und 13, A 30 und 29, W 25 und 34, B 30 und 29, P 9 und 50; Nr. 177-178: 58, G 38 und 20, A 28 und 30, W 32 und 26, B 32 und 26, P 13 und 45; Nr. 179-180: 34, G 27 und 7, A 17 und 17, W 24 und 10, B 17 und 17, P 8 und 26)

Fortsetzung Tabelle 26:

Variable	Geschlecht Abw Mä	Fr	Haupt-eff F	p	Altersgruppe 30-40 Jahre	41-50 Jahre	Haupt-eff F	p	Kurwiederholung Abw Nein (Erst-kurg)	Ja (Kur-wie-derh.)	Haupt-eff F	p	Belastungsrating Abw nicht bzw. wenig belastet	mit-tel	sehr	Haupt-eff F	p	Zus. psych. Beh. Abw Ja	Nein	Haupt-eff F	p	WW 1) 2 Weg 2) 3 Weg 3) 4 Weg P	Var erkl F	p
169 Anstr.	-.01	.02	.02		-.01	.02	.02		-.05	.07	.39		.08	-.11		.85		-.02	.00	.01			.74	
170 Eig.-Fremd-Init.	-.16	.51	4.67+		-.18	.22	2.37		.22	-.33	4.22+		.03	-.05		.08		.38	-.08	1.54		WxBxP+ GxAxB+ GxBxP+ AxBxP+	1.08	
171 Sorg. Arb.-Pl.	.06	-.19	1.24		-.16	.19	3.38		-.01	.01	.01		-.07	.10		.63		.02	-.00	.01		AxBxP+ Wx BxP+	1.06	
172 Sorg. Fam.	-.09	.28	2.21		.13	-.16	1.99		.12	-.17	1.94		-.44	.63		22.17+++		.34	-.07	1.95		GxB+ GxAxW+ AxBxP++ WxBxP+ GxAxWxP+	2.93+++	
173 Er.Fam.unang.	-.10	.20	.48		-.25	.27	1.75		.04	-.04	.04		-.61	.36		5.19+		.09	-.04	.08			2.61	
174 Er.Fam.bel.	.04	-.08	.11		-.19	.21	1.47		.14	-.14	.70		-.76	.41		10.47++		.26	-.10	.92			2.03	
175 Er. Ber. un.	-.03	.10	.06		-.27	.28	1.60		-.08	-.08	.10		-.31	.32		1.71		.08	-.01	.02			1.89	
176 Er. Ber. bel.	.07	-.25	.55		-.13	.14	.55		-.08	.06	.13		-.40	.43		4.67+		-.07	.01	.03		GxW+	2.02	
177 Er. Ges. un.	-.08	.16	.52		.08	-.08	.28		-.17	.20	1.27		-.28	.36		3.27		.09	-.03	.10			1.35	
178 Er. Ges. bel.	-.04	.07	.13		-.03	.03	.04		-.25	.31	3.81+		-.10	.12		.55		.34	-.10	1.69		GxAxB+	1.23	
179 Er. wirtsch. unang.	.03	-.10	.05		.72	-.72	11.12++		-.10	.23	.43		-.48	.48		4.55+		.07	-.02	.03			2.49+	
180 Er.wirtsch.bel.	.16	-.63	2.24		.03	-.03	.03		.07	-.17	.29		-.18	.18		.83		.91	-.28	6.20+		AxB++	1.66	
183 Soz.-ps. som. Z.	-.02	.06	.09		-.15	.19	2.59		.06	-.09	.48		.16	-.22		2.67		-.80	.17	10.66++		GxW+AxB+ WxBxP+	2.12++	
184 Ki. glückl. - ungl.	-.04	.13	.43		.03	-.04	.11		-.03	.05	.14		-.14	.20		1.80		.56	-.12	4.62+		GxB+AxW+ WxP+BxP+	1.74+	
185 Ki. ger. - unger.	-.11	.40	.14		-.18	2.43	2.43		-.04	.06	.27		-.12	.17		1.63		.56	-.12	5.35+		GxB+AxW+ WxB+WxP+	1.65+	
186 Ki. str. -n. str.	.06	-.18	.91		-.02	.02	.03		-.00	.00	.00		.09	-.13		.82		-.30	.06	1.41		GxB+AxW++ GxBxP+ WxBxP+	1.10	
187 Selbstzufr.	-.01	.02	.01		-.03	.04	.08		.02	-.03	.04		-.54	.77		26.07+++		.18	-.04	.46			1.85+	
188 Ehrg.	-.03	.10	.37		.06	-.07	.43		-.09	.14	1.34		-.04	.06		.21		-.15	.03	.43			.90	
189 Nutz. psych. Unt.	-.07	.22	1.76		-.08	.10	.96		-.09	.13	1.20		.35	-.50		15.84+++		-.80	.17	12.88+++		WxP+	2.56+++	
190 Klags.	-.05	.16	.77		-.10	.12	1.06		-.17	.25	3.72+		-.25	.36		6.76++		.01	-.00	.00		GxBxP AxBxP-- GxAxWxB+	1.59+	
191 Mitt. Soz.	.07	-.20	1.66		-.02	.02	.04		-.08	.11	1.09		-.29	.41		12.81+++		-.21	.04	1.02		GxB+	1.38	
192 Mitt. Int.	-.08	.23	1.76		.07	-.09	.60		-.08	.12	.95		-.37	.53		16.57+++		.08	-.02	.10		GxW+GxB++	2.05++	
193 Symp.	.04	-.13	1.02		-.11	.13	2.94		-.11	.16	3.42		.04	-.06		.43		-.06	.01	.12		GxB+	1.04	
194 SE	-.05	.14	1.10		-.16	.19	5.32+		-.08	.11	1.45		.30	-.41		17.83+++		-.35	.08	4.06+		GxB+	1.93+	
195 Ängstl.	.05	-.14	2.48		.03	-.03	.34		-.03	.04	.38		-.34	.46		46.93+++		.22	-.05	3.46		GxWxP+ GxBxP+ AxWxP+ WxBxP++ GxAxWxB+ GxAxWxP+	3.48+++	
197 FEges.	-.04	.12	.70		-.05	.06	.48		-.03	.04	.20		-.13	.17		2.65		.18	-.04	.99		AxP+WxB+	1.36	

Medizinische Variablen (T jeweils angegeben für Nr.310-318;339-340=Nachprüfungstermin, 319-337 und 342-344=T1)

(Faktor B nur für Variablen Nr. 310-312 als Faktor in varianzanalytische Auswertung aufgenommen. N für Variablen Nr. 339-340 abweichend, da nur Einbeziehung von Teilnehmern einer Nachprüfung, die zu T1 erhöhte Werte erreicht hatten. N (gesamt, G - Mä. und Fr. - , A - 30-40 J. und 41-50 J., W - Erstkurg. und Kurwiederh. - , P - zusätzl. psych. Beh. erh. ja und nein -) 14 G 5 und 7, A 6 und 6, W 5 und 7, P 7 und 5)

310 Größe	3.41-9.01		120.08+++		.61	-.80	1.99		.05	-.05	.06		.09	-.08		.09		.02	.01	.02		GxA+	5.91+++	
311 Gew. Kuranf.	2.05-9.81		23.37+++		-.62	.78	.53		.49	-.72	.41		1.00-1.60			1.65		3.92	-.78	3.08		GxB+WxP+ BxP+++ AxWxB+ WxBxP+	2.55+++	
312 Gew. Kure.	1.93-9.23		28.27+++		-.44	.55	.37		.23	-.33	.12		.80-1.29			1.45		3.19	-.63	2.79		GxBxWxP+ BxP--- AxWxB+ WxBxP+	2.71+++	
313 psR Kuranf.	-.69		3.31		1.75	-1.65	2.07		2.47	.70-1.02	.54							3.69	-.73	1.79		GxAxW+++	1.59+	

Fortsetzung Tabelle 26:

Variable	Geschlecht Abw Mä	Fr	Haupt-eff F p	Altersgruppe 30-40 Jahre	41-50 Jahre	Haupt-eff F p	Kurwiederholung Abw Nein	Ja	Haupt-eff F p	Belastungsrating Abw nicht bzw. wenig belastet	mittel	sehr	Haupt-eff F p	Zus. psych. Beh. Abw Ja	Haupt-eff F p	WW 1) 2 Weg 2) 3 Weg 3) 4 Weg P	Var-erkl F p
314 pdR Kuranf.	1.16	-5.06	5.47+	-.44	.63	.25	-.17	.25	.04					6.13	-1.14	5.93+ GxA++GxW+ WxP+	1.96+
315 psR Kure.	-.42	2.00	.80	-.86	1.08	.85	.17	-.25	.04					-.11	.02	.00 GxAxW+	.69
316 pdR Kure.	-.17	.76	.17	-1.30	1.86	2.98	-.79	1.12	1.11					3.53	-.66	2.70	.73
317 Puls Kuranf.	-.94	4.12	3.89+	-1.40	2.00	2.67	.91	-1.30	1.16					3.12	.58	1.64	1.02
318 Puls Kure.	-1.49	6.53	9.95++	-1.61	2.30	3.65+	.87	-1.25	1.10					.42	.08	.03	1.25
319 Cholest.	1.55	-6.79	.41	-2.69	3.84	.39	3.22	-4.60	.57					4.80	-.89	.15	.64
323 Trigl.	36.04	-39.32	10.08++	-3.98	3.06	.09	32.80	-30.07	8.29++					8.01	-2.83	.15	2.40
327 Harns.	.92	-1.00	15.86+++	.44	-.34	2.87	.39	-.35	2.80					-.43	.15	1.03	
331 γ-GT	6.04	-6.59	5.62+	2.09	-1.61	.52	-.94	.86	.14					.14	-.05	.00	1.16
336 BKS1. St.	-5.30	6.02	6.90+	-1.40	1.39	.57	.28	-.29	.04					-7.60	2.80	4.38+	
337 BKS 2. St.	-2.38	6.70	20.41+++	-1.11	1.47	2.12	-.35	.51	.23					-.21	.04	.01	1.47
339 BKS1. St. Nachpr.	-5.94	6.48	7.71+	-1.75	1.35	.52	.34	-.32	.03					-8.23	2.91	4.49+	1.09
340 BKS2. St. Nachpr.	-11.55	12.60	10.47++	-3.32	2.56	.67	-.44	.40	.01					-15.08	5.32	5.39+	1.39
342 Leuko.	.53	-1.49	.91	-.64	.85	1.09	1.17	-1.71	3.91+					-2.34	.47	2.21	.78
343 Ery.	.15	-.42	103.70+++	-.01	.01	.17	.00	-.00	.00					.04	-.01	.61	5.67+++
344 Hämogl.	.43	-1.21	90.54+++	.01	-.01	.01	.06	-.09	.89					.10	-.02	.34	5.19+++

Tabelle 26a: Mehrfaktorielle Varianzanalyse der Körpergewichtsdaten derjenigen LVA-Kurpatienten mit zusätzlicher psychologischer Behandlung, die an der Halbjahreskatamnese teilgenommen haben (N = 23), an den drei Erhebungszeitpunkten Kuranfang T1, Kurende T2 und Halbjahreskatamnese T3. Auswertung anhand der drei Faktoren der vorherrschenden Methode der zusätzlichen psychologischen Behandlung (PM; bei Aufteilung nach Patienten mit vorwiegend gesprächstherapeutischer Behandlung -GT-Beh; N = 13 - und Patienten mit kombinierter und vorwiegend verhaltenstherapeutischer Behandlung - Kombi-VT-Beh.; N = 10) des Geschlechts (G; N = 15 Männer und N = 8 Frauen) und der Altersgruppe (A; N = 16 30-40-Jährige und N = 7 41-50-Jährige). Darstellung von 1. Abweichungen vom Gesamtmittelwert (Abw) und 2. Haupteffekten (Haupteff) unter Bereinigung einzelner Faktoren vom Einfluß jeweils anderer Faktoren), 3. Wechselwirkungen (WW), 4. erklärter Varianz (Var erkl). Zu 2. bis 4. Angabe von F- und p-Werten. Bei p 05+, 01++, 001+++. Angabe von WW-Werten nur bei signifikanten Werten

Variable	Vorherrschende Methode der zusätzlichen psychologischen Behandlung Abw GT-Beh.	Kombi-VT-Beh.	Haupt-eff F p	Geschlecht Abw Mä	Fr	Haupt-eff F p	Altersgruppe Abw 30-40 Jahre	41-50 Jahre	Haupt-eff F p	WW	F p	Var erkl F p
Körp. gew. T1	-4.69	6.09	7.16+	2.74	-5.14	3.25	-.26	.59	.04			2.81+
Körp. gew. T2	-3.50	4.54	5.98+	2.43	-4.55	3.83	-.28	.65	.06	GxPM	6.60+	3.29+
Körp. gew. T3	-1.711	2.23	1.43	3.54	-6.64	8.10+	-.54	1.24	.23	GxPM	5.35+	3.03+

Tab. 27: Mehrfaktorielle Varianzanalyse zu den drei Variablen des Fragebogens zur Einschätzung der LVA-Kurpatienten durch den Gruppenarzt und die Gruppenbetreuerin (Arzt- und Betreuerin-Rating) a: anhand der Faktoren des Geschlechts (G; N=125 Mä.u.45 Fr.), der Altersgruppe (A; N=96 30-40 J.u. 74 41-50 J.), der Kurgruppenzugehörigkeit (K; N=23 "Rauhenbichl", 46 "Kniebis", 48 "Kühberg", 53 "Berghof"), der Berufsausbildung (BA; N=106 Ja u. 24 Nein) und der Berufstätigkeit (BT; N= 81 einf.Arb., 65 Fach- u.Spezialarb., 24 berufl. Höhergestellte), b: anhand der Faktoren des Geschlechts, der Altersgruppe, des Belastungsratings im Psychologischen Interview (B; N=99 nicht bis mittel, 71 sehr belastet), der Kurgruppenzugehörigkeit und der Hauptdiagnose durch die Ärzte der Kurklinik (D; N=22 andere als Psychoveg. Syndrom, 148 Psychoveg. Syndrom). Darstellung von 1. Abweichungen vom Gesamtmittelwert (Abw) und 2. Haupteffekten (Haupteff) unter Bereinigung des Einflußes einzelner Faktoren vom Einfluß jeweils anderer Faktoren, 3. (signifikanten) Wechselwirkungen (WW) und 4. erklärter Varianz (Var erkl). Zu 2. und 4. Angabe von F- und p-Werten, zu 3. Angabe von p-Werten (bei ≤ 05 +, ≤ 01 ++, ≤ 001 +++).

27 a:	Geschlecht Abw Mä	Fr	Haupt-eff F	p	Altersgruppe Abw 30-40 Jahre	41-50 Jahre	Haupt-eff F	p	Kurgruppenzugehörigkeit Abw "Rauhenbichl"	"Kniebis"	"Kühberg"	"Berghof"	Haupt-eff F	p	Berufsausbildung Abw Ja	Nein	Haupt-eff F	p	Berufstätigkeit Abw Einfache Arb.	Spezial- u. Fach-Arb.	Vorarb., Ang., Meist., Beamt., Selbst.	Haupt-eff F	p	WW 1)2Weg 2)3Weg 3)4Weg	Var erkl F	p
Arztr.1	.16	-.49	.80		-.20	.26	.80		-1.17	-.04	3.83	-3.06	35.04	+++	.41	-.68	3.08		-.38	.29	.55	.85		GxK+ GxKxBT+	4.47	+++
Betr.r.	-.03	.08	.03		-.32	.41	2.81		-.00	-1.64	.89	.64	7.57	+++	.40	-.68	4.09	+	-.16	.28	-.21	.43			1.51	+
Arztr.2	.12	-.35	2.42		.02	-.02	.04		-.95	-.07	-.51	.96	12.42	+++	.03	-.06	.13		-.02	-.02	.01	.01		AxK+ GxK+ GxAxBT+	1.84	++

27 b:	Geschlecht Abw Mä	Fr	Haupt-eff F	p	Altersgruppe Abw 30-40 Jahre	41-50 Jahre	Haupt-eff F	p	Kurgruppenzugehörigkeit Abw "Rauhenbichl"	"Kniebis"	"Kühberg"	"Berghof"	Haupt-eff F	p	Belastungsrating Abw Nicht bis mittel belastet	Sehr belastet	Haupt-eff F	p	Hauptdiagnose Abw Andere	Psychoveg. Syndr.	Haupt-eff F	p	WW 1)2Weg 2)3Weg 3)4Weg	Var erkl F	p
Arztr.1	.47	-1.29	6.57	++	-.05	.07	.05		-1.01	-.05	3.75	-2.92	29.01	+++	-.04	.05	.03		-.19	1.25	3.17		AxD+	5.16	+++
Betr.r.	.14	-.39	.95		-.24	.31	1.72		.20	-1.55	.69	.63	6.62	+++	.30	-.42	2.87		-.09	.61	1.19			1.80	++
Arztr.2	.10	-.27	1.89		.03	-.04	.13		-.91	.08	-.59	.86	11.29	+++	.38	-.53	18.33	+++	-.03	.17	.38		AxBxK+ GxK+ AxK+ BxD+	2.57	+++

Tab. 28: Mehrfaktorielle Varianzanalyse zu den Variablen der Fragebogen Einstellung zur Kur EzK, Beurteilung der Kur BdK, der katamnestischen Beurteilung der Kur sowie zu Variablen des Fragebogens zur Erfassung subjektiver psychosozialer Belastungen im Zusammenhang mit Ehe, Familie und Beruf BFB anhand der Faktoren des Geschlechts (G; Mä. und Fr.), der Altersgruppe (A; 30-40 J. und 41-50 J.), des Familienstandes (F; außer bei BFB1 und BFB4; alleinstehend und verheiratet), der Kinderzahl (Ki; 0-1 und ≥2) und der zusätzlichen psychologischen Behandlung (P; ja und nein) sowie zu medizinischen Variablen anhand der Faktoren G, A, F, Ki. Darstellung von 1. Abweichungen vom Gesamtmittelwert (Abw) und 2. Haupteffekten (Haupteff) unter Bereinigung der Effekte einzelner Faktoren vom Einfluß jeweils anderer Faktoren, 3. (signifikanten) Wechselwirkungen (WW), 4. erklärter Varianz (Var erkl). Zu 2. und 4. Angabe von F-Werten und p-Werten, zu 3. Angabe von p-Werten (bei p ≤ 05 +, ≤ 01 ++, ≤ 001 +++). Missing data siehe Grundauswertungstabellen 1-3

Variable	Geschlecht Abw Mä	Fr	Haupt-eff F p	Altersgruppe Abw 30-40 Jahre	41-50 Jahre	Haupt-eff F p	Familienstand Abw Al-leinst.	Verh.	Haupt-eff F p	Kinderzahl Abw 0-1	≥2	Haupt-eff F p	Zus.psych.Beh. Abw Ja	Nein	Haupt-eff F p	WW 1)2W. 2)3W.	Var erkl F p
EzK, T1																	
216 EzK1	-.61	1.71	4.45+	-.37	-.40	.67	-.58	-.04	.11	-.25	.54	.61	.64	-.13	.39	GxA+	1.05
217 EzK2	-.16	.46	.41	.13	-.14	.11	.69	-.05	.20	-.43	.96	2.40	2.16	-.44	5.65+	GxA+++	1.95+
218 EzK3	-.16	.46	.68	.84	.90	7.34++	1.64	-.12	1.89	-.09	.20	.19	-1.90	.39	7.34++	GxA+	1.43
BdK, T2																	
219 BdK1	1.30	-4.04	18.34+++	1.08	-1.11	4.59+	-1.42	.11	.56	.87	2.02	6.76++	2.08	.41	3.27		2.18++
220 BdK2	.37	-1.15	2.89	.24	-.25	.44	-.31	.02	.05	-.26	.02	1.14	-1.09	.22	1.77	GxP+++	1.52
221 BdK3	.27	-.84	.94	.35	-.36	.56	-.51	.04	.08	-.79	1.84	6.52+	.30	-.06	.08	GxA+	1.26
222 BdK4	.36	-1.11	3.82+	.41	-.42	1.80	-.60	.05	.27	-.38	.89	3.57+	2.35	-.46	11.50+++		1.67+
Katamn. BdK, T3	.23	-.79	8.10++	.02	-.03	.03	-1.19	.22	9.02++	.03	-.12	.41	.46	-.10	5.81++	GxA+ GxFxP+	2.52+++
BFB (T1;T2;T3)																	
295 BFB1-1	-.06	.20	.00	.03	-.02	.08				-.68	1.22	5.40+	.51	-.13	.42		1.22
296 BFB2-1	-.09	.29	.18	.19	-.20	.25	-.65	.05	.20	-.19	.41	.55	.18	-.04	.05		.75+
297 BFB3-1	-.38	1.22	6.10+	-.31	.33	1.36	-.78	.06	.56	-.08	.18	.19	1.24	-.27	4.62+	AxKi+	1.56
298 BFB4-1	-.12	.38	1.78	.28	-.30	3.52				-.36	.80	11.93+++	.23	-.05	.47		1.82+
299 BFB1-2	-.41	1.31	2.90	-.06	.05	.02				-.49	.89	2.42	.52	-.13	.37	AxKi+ AxGxKi++	1.98+
300 BFB2-2	-.21	.54	.71	.12	-.14	.12	-.05	.00	.00	-.28	.66	1.25	.55	-.11	.44		1.01
301 BFB3-2	-.55	1.37	7.62+	-.09	.10	.10	-.47	.05	.21	-.15	.37	.58	-.03	.01	.00		1.06
302 BFB4-2	-.22	.55	6.32+	.19	-.21	2.30				-.22	.54	6.54++	.65	-.20	1.09		1.71+
303 BFB1-3	-.52	1.65	4.75+	.29	-.24	.41				-.11	.19	.12	.04	-.01	.00	GxAxKi+++	1.29
304 BFB2-3	-.27	1.04	2.08	-.08	.08	.05	.26	-.03	.04	.24	-.47	.88	-.04	.01	.00		.74
305 BFB3-3	-.40	1.70	6.33+	.41	-.31	1.68	-.79	.06	.47	.03	-.06	.02	.03	-.01	.00		1.61
306 BFB4-3	-.09	.37	.93	.05	-.05	.09				-.32	.58	5.87+	.30	-.10	1.09	GxKi+++ FxKi+	1.43

Mediz.Variablen (319-337 T1)	Mä	Fr	F p	30-40 Jahre	41-50 Jahre	F p	Al-leinst.	Verh.	F p	0-1 Ki	≥2 Ki	F p	WW	Var erkl F p
311 Gew. Kuranf.	2.99	-8.72	33.72+++	-.13	.14	.03	-.35	.03	.01	-.19	.45	.12		2.58+++
312 Gew. Kure.	2.91	-8.50	41.23+++	-.07	.07	.01	.21	-.02	.00	-.31	.72	.40		2.94+++
313 ps R Kuranf.	-.51	2.20	.98	-1.01	1.03	.80	-6.05	.30	2.02	.03	-.02	.04		1.03
314 pd R Kuranf.	.74	-3.41	2.38	-.67	.67	.43	-7.14	.40	2.86	-.09	.19	.02	GxA++ FxKi+ GxAxKi+	1.74+
315 ps R Kure.	-.52	2.38	.99	-1.06	1.06	.89	-7.01	.40	2.34	.04	-.09	.00	AxKi+	1.14
316 pd R Kure.	-.38	1.74	.99	-1.65	1.65	4.16+	-1.47	.08	.19	.51	1.11	.93		1.03
317 Puls Kuranf.	-1.29	4.52	5.05+	-1.77	1.85	2.73	-4.59	.28	1.16	.21	-.46	.09		1.44
318 Puls Kure.	-1.94	6.79	14.32+++	-1.59	1.67	2.79	1.39	-.08	.13	.33	-.83	.36		1.31
319 Cholest.	2.75	-9.64	.78	-3.67	3.83	.40	-12.74	1.34	.93	6.91	-15.31	3.31		.50
323 Trigl.	10.37	-29.15	5.26+	1.95	-2.15	.08	1.63	-.12	.00	.11	-.24	.00	AxKi+	1.09
327 Harns.	.38	-1.09	31.00+++	.12	-.13	1.22	-.29	.09	.46	.07	-.15	.79	GxA+	3.09+++
331 γ-GT	2.29	-6.57	7.90++	1.82	-1.95	1.96	16.12	-1.21	10.43++	-1.32	2.97	2.17	AxF+ FxKi+++ GxAxF++	2.95+++
337 BKS 1.St.	-1.76	5.09	42.23+++	-.53	.57	1.51	.69	-.05	.17	-.16	.37	.30	AxF+++ AxKi++ GxF+ FxKi+++ GxAxF+++ GxAxKi+++	9.72+++
337 BKS 2.St.	-3.05	8.82	31.17+++	-1.41	1.53	2.66	-10.21	.76	9.16++	-.61	1.40	1.06	AxF+ GxF+ GxAxKi+++	3.36+++
342 Leuko.	.35	-1.03	.64	-.07	.08	.01	-2.33	.17	.72	-.91	2.08	3.57+	GxAxKi++	1.58+
343 Ery.	.16	-.45	106.60+++	-.03	.03	1.51	-.13	.03	1.84	.01	-.03	.56		6.88+++
343 Hämogl.	.44	-1.26	81.39+++	-.01	.01	.03	-.54	.04	3.21	-.04	.09	.55		5.86+++

Tabelle 29: Mehrfaktorielle Varianzanalyse zu den Ausprägungen in ausgewählten metrischen Variablen der Stichprobe der LVA-Kurpatienten an den (maximal 3) Erhebungszeitpunkten (Kuranfang T1, Kurende T2, Halbjahreskatamnese T3) anhand der Faktoren des Geschlechts (G; Mä.: N = 131 zu T1 und T2, N = 105 zu T3; Fr.: N = 49 zu T1 und T2, N = 34 zu T3), der Altersgruppe (A: 30-40J.: N = 103 zu T1 und T2; N = 76 zu T3; 41-50 J.: N = 77 zu T1 und T2, N = 34 zu T3), des Berufsausbildungsabschlusses (BA; Ja: N = 111 zu T1 und T2, N = 87 zu T3; Nein: N = 67 zu T1 und T2, N = 51 zu T3), der Berufstätigkeit (BT; Einfache Arbeiter: N = 89 zu T1 und T2, N = 69 zu T3; Spezial- und Facharbeiter: N = 65 zu T1 und T2, N = 51 zu T3; beruflich Höhergestellte: N = 24 zu T1 und T2, N = 18 zu T3) und der zusätzlichen psychologischen Behandlung (Ja: N = 29 zu T1 und T2, N = 23 zu T3; Nein: N = 151 zu T1 und T2, N = 116 zu T3). Missing data zu den einzelnen Variablen siehe Grundauswertungstabellen 1 - 3. Darstellung von 1. Abweichungen vom Gesamtmittelwert (Abw) und 2. Haupteffekten (Haupteff) unter Bereinigung einzelner Faktoren vom Einfluß jeweils anderer Faktoren), 3. Wechselwirkungen (WW), 4. erklärter Varianz (Var erkl). Zu 2. und 4. Angabe von F-Werten und p-Werten, zu 3. Angabe von (signifikanten) p-Werten. Bei p ≤ .05+, ≤ .01++, ≤ .001 +++ (Umgekehrte Polung bei HG-Variablen beachten)

Variable	Geschlecht Abw Mä	Geschlecht Abw Fr	Geschlecht Haupt-eff F	Geschlecht Haupt-eff p	Altersgruppe Abw 30-40 Jahre	Altersgruppe Abw 41-50 Jahre	Altersgruppe Haupt-eff F	Altersgruppe Haupt-eff p	Berufsausbildungsabschluß Abw Ja	Berufsausbildungsabschluß Abw Nein	Berufsausbildungsabschluß Haupt-eff F	Berufsausbildungsabschluß Haupt-eff p	Berufstätigkeit Abw Einfache Arbeiter	Berufstätigkeit Abw Spezial- und Facharb.	Berufstätigkeit Abw Beruflich Höhergestellte	Berufstätigkeit Haupt-eff F	Berufstätigkeit Haupt-eff p	Zus. psych. Beh. erhalten Abw Ja	Zus. psych. Beh. erhalten Abw Nein	Zus. psych. Beh. erhalten Haupt-eff F	Zus. psych. Beh. erhalten Haupt-eff p	WW 1) 2 Weg 2) 3 Weg 3) 4 Weg	Var-erkl F	Var-erkl p
Psychologische Fragebogen																								
Fragebogen Beurteilung der Kur BdK, Kurende T2																								
219 BdK1	.60	-2.01	4.96+		.55	-.68	2.00		.60	-1.09	2.41		-.84	.80	.66	1.26		2.60	-.48	6.75		GxA+ GxP++	2.57+++	
220 BdK2	.09	.31	22		.03	.03	.01		.29	- 53	1.00		.02	-.13	30	.10		.57	.11	.59		GxP+ BTxP+ AxBAxBT+ AxBAxP++ AxBTxP+	1.58+	
221 BdK3	.08	-.27	.11		.04	-.05	.01		-.50	.92	2.07		-1.24	1.53	.02	4.07+		1.69	-.31	3.46		GxA+++ GxBA+ GxP+ BAxP++ BTxP+ AxBAxBT++	1.92++	
222 BdK4	.18	-.60	1.04		.09	-.24	.60		-.20	.36	.62		-.33	.40	.03	.54		3.15	-.58	23.54		AxBAxBT+	1.75+	
Fragebogen Hypochondrie und Gesundheitsverhalten HG, Kuranfang T1																								
235 HG1-1	.04	-.14	.43		-.12	.15	1.71		.14	-.27	2.74		.02	.03	-.15	.21		-.02	.00	.01		GxAxBA+	1.07	
236 HG2-1	.04	-.14	1.04		-.04	.05	.38		.05	-.09	.72		-.06	-.01	.23	.95		.07	-.01	.21			.74	
237 HG3-1	.00	-.00	.01		.08	-.10	1.02		.11	-.21	2.07		-.08	-.05	.39	1.59		.37	-.07	3.58		GxBT+	1.12	
238 HG4-1	.10	-.34	3.77		.11	-.13	2.00		.04	-.07	.30		-.08	.06	.09	.28		-.03	.01	.02		GxBT+	1.20	
Fragebogen Hypochondrie und Gesundheitsverhalten HG, Kurende T2																								
239 HG1-2	.06	-.20	.87		-.13	.16	2.09		.06	-.12	.51		-.11	.09	.12	.40		.22	-.04	.96		GxAxP+	1.18	
240 HG2-2	.07	-.24	3.06		.12	-.15	4.38+		-.01	.01	.02		.07	-.15	.18	1.74		-.25	.05	2.74			.80	
241 HG3-2	-.10	.35	3.63+		.01	-.02	.03		.05	-.09	.38		-.01	-.07	.21	.56		.13	-.03	.45		GxAxBT+ AxBTxP+	1.06	
242 HG4-2	.03	-.10	.36		.09	-.12	1.92		.15	-.29	4.97+		.03	-.11	.21	.94		.26	-.05	2.26			1.23	
Fragebogen Hypochondrie und Gesundheitsverhalten HG, Halbjahreskatamnese T3																								
243 HG1-3	-.02	.09	.07		-.18	.19	1.85		.10	-.18	.62		.04	-.13	.22	.37		-.17	.03	.28			.98	
244 HG2-3	-.03	.12	.27		.01	-.01	.03		-.03	.06	.14		.03	-.09	.14	.30		-.27	.05	1.41		GxA++	.87	
245 HG3-3	-.03	.12	.25		.06	-.07	.46		.02	-.04	.06		-.13	.02	.38	1.24		.42	-.08	3.38			.75	
246 HG4-3	.08	-.33	2.08		.23	-.25	6.19+		.12	-.22	1.91		.17	-.18	-.06	.95		-.06	.01	.08			1.29	
Freiburger Persönlichkeits-Inventar FPI, Kuranfang T1																								
247 FPI2-1	.16	-.52	3.41		.28	-.36	5.49+		-.26	.48	4.86+		.04	-.04	.03	.03		.08	-.01	.06		AxBT+ GxAxP++ AxBAxP+	1.28	
248 FPI9-1	.14	-.47	1.33		.16	-.19	.78		-.05	.10	.10		.05	-.12	.17	.14		.49	-.09	1.21		AxBA+ GxAxP+	1.32	
249 FPIE-1	.16	-.52	1.60		.44	-.53	6.06+		.26	-.47	2.14		.45	-.53	-.06	1.99		-.44	.08	.95		GxA+	1.24	
250 FPIN-1	-.36	1.21	7.27++		-.14	.17	.49		-.12	.21	.39		-.16	-.21	1.10	2.15		1.73	-.33	12.43+++		BAxP+ GxAxP+	2.25+++	

Fortsetzung Tabelle 29:

Variable	Geschlecht Abw Mä	Geschlecht Abw Fr	Geschlecht Haupt-eff F	Geschlecht Haupt-eff p	Altersgruppe Abw 30-40 Jahre	Altersgruppe Abw 41-50 Jahre	Altersgruppe Haupt-eff F	Altersgruppe Haupt-eff p	Berufsausbildungsabschluß Abw Ja	Berufsausbildungsabschluß Abw Nein	Berufsausbildungsabschluß Haupt-eff F	Berufsausbildungsabschluß Haupt-eff p	Berufstätigkeit Abw Einfache Arbeiter	Berufstätigkeit Abw Spezial- und Facharb.	Berufstätigkeit Abw Beruflich Höhergestellte	Berufstätigkeit Haupt-eff F	Berufstätigkeit Haupt-eff p	Zus. psych. Beh. erhalten Abw Ja	Zus. psych. Beh. erhalten Abw Nein	Zus. psych. Beh. erhalten Haupt-eff F	Zus. psych. Beh. erhalten Haupt-eff p	WW 1) 2 Weg 2) 3 Weg 3) 4 Weg	Varerkl F	Varerkl p
Freiburger Persönlichkeits-Inventar FPI, Kurende T2																								
251 FPI2-2	.03	-.09	.08		.42	-.53	8.60++		-.03	.05	.04		.10	-.07	-.13	.13		.24	-.05	.42		AxBT++	1.14	
252 FPI9-2	.05	-.15	.12		.21	-.27	1.36		.32	-.57	3.02		.35	-.32	-.32	.98		.23	-.04	.23		GxAxBA+ GxAxP+	.96	
253 FPIE-2	.18	-.57	1.80		.45	-.57	6.10+		.33	-.59	3.22		.04	-.02	-.07	.01		.16	-.03	.12			1.15	
254 FPIN-2	-.35	1.13	5.16+		.18	-.22	.66		-.20	.36	.86		.00	-.08	.21	.07		.93	-.18	2.86		GxAxBA+ GxBAxP+ AxBAxP+	1.52+	
Freiburger Persönlichkeits-Inventar FPI, Halbjahreskatamnese T3																								
255 FPI2-3	.05	-.20	.32		.22	-.25	2.58		-.08	.14	.35		.02	.01	-.09	.03		.21	-.04	.40			1.07	
256 FPI9-3	.06	-.25	.19		.16	-.17	.59		.15	-.28	.51		.08	.08	-.03	.03		1.01	-.19	3.47			.54	
257 FPIE-3	.22	-.87	2.39		.65	-.73	8.62++		.25	-.46	1.39		.36	-.13	-.88	1.28		.62	-.12	1.31			1.32	
258 FPIN-3	-.32	1.31	3.77+		-.20	.22	.54		-.08	.15	.10		-.10	-.07	.55	.29		1.18	-.22	3.28			1.06	
Buchinger Persönlichkeits-Inventar BPI, Kuranfang T1																								
259 BPI1-1	-.52	1.66	2.47		-.17	.21	.13		-1.11	2.03	6.03+		.41	-.36	-.39	.21		2.99	-.58	6.62++			1.62++	
260 BPI2-1	-.38	1.20	1.75		.04	-.06	.01		-.02	.03	.00		-.28	-.25	1.60	1.07		3.69	-.71	13.69+++			1.53+	
261 BPI3-1	-.84	2.67	15.93+++		-.05	.06	.02		-.58	1.06	4.14+		.03	.08	-.32	.08		2.14	-.41	8.45++		GxP+	2.69+++	
262 BPI4-1	-.65	2.06	12.45+++		-.25	.31	.96		-.43	.78	2.90		-.71	.33	1.46	2.93+		2.26	-.44	12.39+++			2.10++	
263 BPI5-1	-.27	.87	5.36+		-.37	.47	5.20+		-.33	.66	4.25+		-.09	-.00	.30	.22		1.82	-.35	19.53+++		AxP++ GxAxP+ AxBTxP+ GxBAxBT+	2.68+++	
264 BPI6-1	.07	-.24	.93		.08	-.09	.49		-.09	.16	.71		.20	-.18	-.19	.19		-.37	.07	1.87			.72	
Buchinger Persönlichkeits-Inventar BPI, Kurende T2																								
265 BPI1-2	-.34	1.08	1.07		.23	-.29	.26		-1.28	2.32	8.18++		.50	-.41	-.54	.32		1.80	-.34	2.43		GxBAxBT+	1.62+	
266 BPI2-2	-.35	1.12	1.35		.46	-.59	1.24		-.09	.16	.05		.80	-.76	-.60	.96		.79	-.15	.55		GxAxBA++ AxBAxP+ GxBAxP+	1.32	
267 BPI3-2	-.64	2.06	8.26++		.08	-.11	.07		-.77	1.40	6.29+		.08	.01	-.27	.05		.13	-.03	.03		GxBAxP+ AxBAxP+	1.81++	
268 BPI4-2	-.53	1.69	7.49++		-.18	.23	.45		-.57	1.04	4.72+		-.41	.34	.44	.60		.94	-.18	1.89		AxP+	1.49	
269 BPI5-2	-.16	.51	2.05		-.05	.06	.10		-.25	.46	2.72		-.11	.02	.29	.25		1.17	-.22	8.70++		AxP+	1.59+	
270 BPI6-2	.08	-.26	.91		.06	-.08	.21		-.19	.34	2.65		.11	-.10	-.09	.22		-.67	.13	5.17+			.80	
Adjektiv-Skalen zur Einschätzung der Stimmung SES, Kuranfang T1																								
274 SES1-1	.18	-.58	2.88		.24	-.30	2.50		.24	-.44	2.68		.11	-.10	-.08	.14		-.35	.08	.83			1.19	
275 SES2-1	.13	-.40	3.08		.12	-.15	1.55		-.04	.08	.21		.25	-.34	.12	2.57		..45	-.09	3.26		BTxP++ BTxP++ GxAxBP++ GxAxP+ AxBAxP+++ AxBTxP+++ GxBAxP++ BAxBTxP++	3.20+++	
276 SES3-1	.28	-.90	8.08++		-.04	.05	.08		.43	-.81	10.52++		-.16	.11	.21	.36		.50	-.09	1.97		GxAxBT+ AxBTxP++	2.36+++	
277 SES4-1	.02	-.05	.06		.10	-.12	1.03		.06	-.12	.48		.23	-.24	.09	1.57		.30	-.06	1.48		GxBAxP+++ AxBAxP+++ AxBTxP+++	2.58+++	
278 SES5-1	-.05	.16	.45		.04	-.05	.12		.09	-.16	.75		.20	-.21	-.05	1.09		.18	-.03	.46		BAxBT+ GxAxBA+ GxBTxP+++ AxBAxP+++ AxBTxP+++	1.91++	
279 SES6-1	-.11	.36	1.12		-.03	.04	.04		-.18	.32	1.48		.12	-.18	.08	.31		-.37	.07	.94		GxAxP+ AxBAxP+	1.34	
280 SES7-1	.21	-.70	4.80+		-.15	.18	1.14		.42	-.77	9.99++		.18	-.11	-.27	.49		.31	-.06	.78		BAxBT+	1.90++	

Fortsetzung Tabelle 29:

Variable	Geschlecht Abw Mä	Geschlecht Abw Fr	Geschlecht Haupt-eff F	Geschlecht Haupt-eff p	Altersgruppe Abw 30-40 Jahre	Altersgruppe Abw 41-50 Jahre	Altersgruppe Haupt-eff F	Altersgruppe Haupt-eff p	Berufsausbildungsabschluß Abw Ja	Berufsausbildungsabschluß Abw Nein	Berufsausbildungsabschluß Haupt-eff F	Berufsausbildungsabschluß Haupt-eff p	Berufstätigkeit Abw Einfache Arbeiter	Berufstätigkeit Abw Spezial- und Facharb.	Berufstätigkeit Abw Beruflich Höhergestellte	Berufstätigkeit Haupt-eff F	Berufstätigkeit Haupt-eff p	Zus. psych. Beh. erhalten Abw Ja	Zus. psych. Beh. erhalten Abw Nein	Zus. psych. Beh. erhalten Haupt-eff F	Zus. psych. Beh. erhalten Haupt-eff p	WW 1) 2 Weg 2) 3 Weg 3) 4 Weg	Var-erkl F	Var-erkl p
Adjektiv-Skalen zur Einschätzung der Stimmung SES, Kurende T2																								
281 SES1-2	.05	-.18	.25		.28	-.36	3.50		.35	-.65	5.58+		.10	-.11	.04	.13		-.51	.09	1.69		GxP+ GxAxBA+ GxAxP+	1.33	
282 SES2-2	-.08	.28	1.15		.17	-.22	2.39		-.10	.19	.89		.03	-.05	.03	.04		-.05	.01	.03		GxBAxP+		
283 SES3-2	.12	-.42	1.50		-.16	.21	1.27		.29	-.54	4.14+		-.15	.13	.12	.26		.45	-.08	1.41			1.23	
284 SES4-2	-.10	.35	2.98		.07	-.09	.69		-.21	.40	6.25+		-.03	.08	-.12	.23		.01	-.00	.00			1.39	
285 SES5-2	-.16	.56	4.66+		-.03	.04	.10		-.07	.13	.42		-.04	.09	-.13	.20		.41	-.07	1.98			.79	
286 SES6-2	-.08	.29	.75		.08	-.10	.31		-.43	.80	9.73++		.16	.03	-.62	1.25		-.13	.02	.13			1.93++	
287 SES7-2	.10	-.34	.92		-.17	.22	1.38		.26	-.49	3.20		-.11	.14	-.03	.19		-.39	.07	1.00		GxBAxP++ GxP+	1.07	
Adjektiv-Skalen zur Einschätzung der Stimmung SES, Halbjahreskatamnese T3																								
238 SES1-3	.09	-.35	.62		.19	-.20	1.03		.16	-.29	.86		.08	.13	-.63	.90		-.50	.10	1.35		GxBAxP+	.75	
289 SES2-3	-.06	.25	.52		.11	-.11	.57		.00	-.00	.00		.11	-.17	.09	.32		.76	-.15	5.37+		GxP++ AxP+ BTxP++ GxAxBA++ GxBAxP++	2.44+++	
290 SES3-3	.17	-.67	2.18		.07	-.07	.13		.13	-.23	.56		.01	.05	-.16	.06		.42	-.08	.92		AxBT+ AxP+	.97	
291 SES4-3	-.14	.56	2.83		.21	-.22	2.37		.08	-.15	.43		.24	-.24	-.15	.86		-.02	.00	.00		GxP+ GxAxBA+ GxBAxP+++	1.74+	
292 SES5-3	-.01	.03	.01		.24	-.25	3.05		-.01	.02	.00		.01	.00	-.04	.00		-.21	.04	.42			.56	
293 SES6-3	-.15	.58	1.69		-.07	.07	.14		-.10	.17	.31		.22	-.28	.04	.54		.00	-.00	.00		GxBT+ AxBAxP+	1.36	
294 SES7-3	.09	-.35	.72		-.25	.27	2.28		.08	-.14	.26		.08	-.09	-.03	.08		-.04	.01	.01			.94	
Einschätzung der Patienten durch den Gruppenarzt und die Gruppenbetreuerin (Arzt- und Betreuerin-Rating), Kurende T2																								
307 Arztr.1	.73	-2.33	12.54+++		-.22	.28	.58		.29	-.51	1.03		-.43	.35	.52	.62		1.59	-.29	4.57+		AxBA+ BAxP+ GxAxBT+ AxBTxP+	2.07++	
308 Betr.r.	.13	-.43	.90		-.39	.50	4.06+		.43	-.76	4.83+		-.19	.20	.10	.25		.27	-.05	.29		GxAxBT+	1.67+	
309 Arztr.2	-.05	.16	.49		.02	-.02	.04		.06	-.11	.40		.12	-.21	.16	.98		-1.03	.19	16.13+++			1.44	
Anamnestischer Erhebungsbogen, Kuranfang T1																								
(N für Variablen Nr. 67-70 abweichend, da nur auf Raucher bzw. ehem. Raucher bezogen. N (gesamt, G - Mä. und Fr. -, A - 30 - 40 J. und 41-50 J. -, BA - mit und ohne BA - , BT - einf. Arb., Facharb., beruflich Höhergest. -, P - Ja und Nein -) Nr. 67: 56, G 47 und 9, A 31 und 25, BA 40 und 16, BT 25, 21, 10, P 6 und 50; Nr. 68-69: 33, G 27 und 6, A 17 und 16, BA 22 und 11, BT 10, 16, 7, P 5 und 28; Nr. 70: 85, G 71 und 14, A 47 und 38, BA 59 und 26, BT 35, 33, 17, P 11 und 74)																								
1 Alt.	.13	-.41	.66		-4.17	5.33	368.39+++		-.57	.99	6.58+		.04	.04	-.20	.05		-.05	.01	.01			13.80+++	
34 Z. d. z. Erhol. gen. Url. -T.	-.66	2.26	1.54		.40	-.51	.28		.72	-1.29	.88		-1.18	1.41	.06	.75		-4.08	.78	4.39+		AxBTxP+	1.29	
36 Häufigkeit d. Krankm. 1. 2 J.	-.02	.06	.06		.03	-.04	.06		-.27	.46	5.04+		-.23	.22	.34	1.09		-.22	.04	.58		GxBAxBT+	.96	
37 Dauer d. Krankm. 1. 2 J.	-.91	2.64	5.90		-.90	1.17	3.56		-.32	.55	.42		-.69	-.35	1.08	.35		-.37	.07	.09		GxA++	1.46	
54 St. Erhol. /T.	.09	-.28	1.73		-.00	.00	.00		.03	-.05	.09		-.09	.23	-.26	1.44		.08	-.02	.12		AxP+	1.09	
58 St. Schlaf	-.01	.04	.04		.08	-.90	.93		.10	-.18	1.48		.06	.00	-.21	.41		-.18	.03	.70		GxP+ BAxBTxP+	1.48	
62 Kaffee- bzw. Teekons. /T.	-.08	.27	.61		-.16	.19	1.08		-.09	.16	.38		-.16	.11	.26	.36		-.21	.04	.31		GxAxP+ AxBAxP+ BAxBTxP+	.81	
63 Bierkons. /Wo.	.76	-2.44	28.92+++		-.06	.07	.08		.32	-.56	2.60		.38	-.45	-.09	1.15		-.26	.05	.25			2.16+++	
64 Weinkons. /Wo.	.03	-.09	.14		.06	-.07	.26		.12	-.21	1.24		.11	-.03	-.31	.56		-.10	.02	.12			.77	
65 Kons. hochproz. Getr. /Wo.	-.01	.02	.00		.18	-.22	1.45		.02	-.04	.02		-.03	-.26	.86	2.40		-.10	.02	.07			.92	
67 J. Rauch.	.61	-3.18	2.17		-3.47	4.30	20.75+++		-1.14	2.84	3.50		.62	-.85	.23	.32		.64	.08	.07			2.48++	

Fortsetzung Tabelle 39:

Variable	Geschlecht Abw Mä	Geschlecht Abw Fr	Haupt-eff F	Haupt-eff p	Altersgruppe Abw 30-40 Jahre	Altersgruppe Abw 41-50 Jahre	Haupt-eff F	Haupt-eff p	Abw Ja	Abw Nein	Haupt-eff F	Haupt-eff p	Abw Einfache Arbeiter	Abw Spezialisten und Facharb.	Abw Berufl. Höhergestellte	Haupt-eff F	Haupt-eff p	Zus-psych. Beh. erhalten Abw Ja	Zus-psych. Beh. erhalten Abw Nein	Haupt-eff F	Haupt-eff p	WW 1) 2 Weg 2) 3 Weg 3) 4 Weg	Var-erkl F	Var-erkl p
68 Rauch. aufgeh.	-.58	2.62	.76		-.47	.50	.15		1.01	-2.01	.95		-.63	.63	-.51	1.10		-3.76	.61	1.46			.62	
69 J. ger.	.58	-2.51	.67		-4.62	5.23	14.35	+++	-.88	1.69	.63		-3.14	.88	2.89	1.18		.49	-.09	.02			1.93	
70 Zigarett/T.	.90	-4.55	1.05		2.84	-3.51	3.44		-1.36	3.08	1.00		-1.71	1.07	1.43	.29		-6.59	.98	2.18			.73	
74 Schlaftbl. i. l. J.	-.14	.47	5.83	+	.09	-.11	1.09		-.08	.14	1.00		-.24	.27	.09	2.41		-.02	.00	.01			1.67	+
75 Beruh. tbl. i. l. J.	-.22	.73	6.82	++	.17	-.22	2.14		-.14	.25	1.37		-.33	.26	.41	2.10		-.14	.03	.21		AxBA++	1.51	+
76 Schmerz- tbl. i. l. J.	-.01	.03	.03		.03	-.04	.13		-.15	.27	2.67		.01	-.03	.02	.02		.12	-.02	.26		GxP+	1.08	
78 Abführ- tbl. i. l. J.	-.18	.59	12.96	+++	-.17	.21	5.76	+	-.08	.14	1.24		-.01	-.03	.11	.17		-.08	.01	.18		GxA+ GxP++ GxAxBT+ GxAxP++	2.66	+++
79 Sonst. Medik. i. l. J.	.00	-.01	.00		.01	-.02	.01		-.15	.28	1.42		-.24	.14	.44	1.12		-.32	.05	.80			.86	
80 Z. bish. Krank. h. aufenth.	-.38	1.20	14.31	+++	-.04	.05	.08		-.11	.19	.58		-.26	.11	.60	1.45		-.01	.00	.00			1.39	
81 Z. bish. Operat.	-.12	.39	2.48		-.15	.20	2.08		.09	-.16	.72		-.07	-.07	.43	1.04		-.03	.01	.01			.99	

Katamnestischer Erhebungsbogen, Halbjahreskatamnese T3

(N abweichend für Variable Nr. 139, da nur auf Raucher bezogen, sowie für Variablen Nr. 154-155, da Auswertung ohne Einschluß der Nullwerte nur für Einstufung tatsächlich angegebener Lebensereignisse vorgenommen. N (gesamt, G - Mä. und Fr. - , A - 30 - 40 J. und 41 - 50 J. - , BA - mit und ohne BA - , BT einf. Arb., Facharb., berufl. Höhergest., im Falle der Variabl. Nr. 154-155 nur einf. Arb., Facharb. und berufl. Höhergest., P - Ja und Nein -) Nr. 139: 39, G 33 und 6, A 24 und 15, BA 28 und 11, BT 19, 13, 7, P 5 und 34; Nr. 154-155: 26, G 18 und 8, A 18 und 8, BA 14 und 12, BT 16 und 10, P 6 und 20)

84, 85, 86 Katamn. BdK	.20	-.79	4.30	+	-.12	.14	.65		-.06	.12	.20		-.06	.10	-.08	.11		.72	-.13	3.57	+	GxP+	1.35	
98 Ern. beib.	-.04	.15	.68		-.16	.17	4.46	+	.01	-.02	.03		-.13	.19	-.11	1.59		-.01	.00	.00			1.05	
122 Häufigk. Krankm. l. 6 Mon.	-.00	.00	.01		-.02	.03	.23		-.07	.13	2.58		.03	.02	-.15	.61		-.06	.01	.31			.65	
127 Beurt. Ges.-Zust.	.06	-.26	3.29		.09	-.10	2.45		.04	-.08	.64		-.04	.06	-.02	.25		.19	-.04	1.99			1.37	
128 St. Erhol./T.	.05	-.21	.55		.05	-.05	.17		.04	-.07	.12		.01	.04	-.15	.14		-.01	.00	.00		AxP+	.53	
130 St. körp. Bet./Wo.	.04	-.17	.44		-.09	.11	.88		-.03	.06	.10		-.13	.25	-.26	1.62		-.01	.00	.00		AxP+ BAxBT+++	1.44	
131 Kaffee- bzw. Teekons./T.	-.12	.49	2.03		-.00	.00	.00		.04	-.07	.09		-.08	.20	-.28	.66		-.03	.01	.01			.61	
132 Bier- kons./Wo.	.56	-2.25	18.03	+++	.17	-.19	.64		.01	-.01	.00		.09	-.08	-.09	.05		-.10	.02	.04		AxBT++	1.49	
133 Kons. hochproz. Getr./Wo.	.01	-.02	.01		-.09	.10	1.42		-.03	.06	.22		-.10	.13	-.05	.65		-.15	.03	.63			.56	
134 Wein- kons./Wo.	-.01	.01	.00		-.13	.14	2.57		.06	-.10	.54		.19	-.11	-.33	1.89		-.12	.03	.40			1.00	
139 Zigarett. /T.	1.27	-7.00	3.21		.42	-.68	.13		.28	-.72	.07		2.73	-1.99	-3.71	1.34		-2.12	.31	.27			.78	
143 Schlaftbl. l. 6 Mon.	-.05	.19	1.21		-.04	.05	.44		.06	-.11	.85		-.08	.19	-.26	2.50		.09	-.02	.29		GxAxBA+ GxBAxP+	1.08	
144 Beruhtbl. l. 6 Mon.	-.24	.99	19.91	+++	-.09	.10	.59		-.02	.04	.04		-.21	.09	.45	1.29		.39	-.07	1.86			1.78	+
145 Schmerz- tbl. l. 6 Mon.	-.08	.31	1.19		.07	-.08	.43		-.06	.11	.28		-.11	-.03	.47	1.18		-.04	.01	.02			1.10	
146 Abführtbl. l. 6 Mon.	-.07	.28	4.77	+	-.01	.01	.05		-.01	.02	.07		-.01	.04	-.05	.17		-.03	.01	.08			.75	
148 Sonst. Medik. l. 6 Mon.	-.07	.29	.73		-.18	.20	1.79		-.22	.41	3.08		-.39	.19	.47	1.54		.06	-.01	.03			1.35	
152 Ggw. Körp. gew.	2.47	-10.40	28.37	+++	-.46	.51	.35		1.11	-2.13	2.46		2.06	-1.69	-2.47	2.12		-.73	.15	.16			2.20	+

Fortsetzung zu Tabelle 29:

Variable	Geschlecht Abw Mä	Geschlecht Abw Fr	Geschlecht Haupt-eff F	Geschlecht Haupt-eff p	Altersgruppe Abw 30-40 Jahre	Altersgruppe Abw 41-50 Jahre	Altersgruppe Haupt-eff F	Altersgruppe Haupt-eff p	Berufsausbildungsabschluß Abw Ja	Berufsausbildungsabschluß Abw Nein	Berufsausbildungsabschluß Haupt-eff F	Berufsausbildungsabschluß Haupt-eff p	Berufstätigkeit Abw Einfache Arbeiter	Berufstätigkeit Abw Spezial- und Facharb.	Berufstätigkeit Abw Beruflich Höhergestellte	Berufstätigkeit Haupt-eff F	Berufstätigkeit Haupt-eff p	Zus. psych. Beh. erhalten Abw Ja	Zus. psych. Beh. erhalten Abw Nein	Zus. psych. Beh. erhalten Haupt-eff F	Zus. psych. Beh. erhalten Haupt-eff p	WW 1) 2 Weg 2) 3 Weg 3) 4 Weg	Varerkl F	Varerkl p
Psychologisches Interview, Kuranfang T1																								
(N für Variablen Nr. 173-182 abweichend, da varianzanalytische Auswertung ohne Einschluß der Nullwerte nur für Einstufung tatsächlich angegebener Lebensereignisse. N (gesamt, G-Mä. und Fr. -, A - 30-40 J. und 41-50 J. - , BA - mit und ohne BA - , BT - einf. Arb., Spezial- und Facharb., beruflich Höhergest. - , P - Ja und Nein -) Nr. 173-174: 68, G 46 und 22, A 37 und 31, BA 40 und 28, BT 32, 31, 5, P 17 und 51; Nr. 175-176: 63, G 50 und 13, A 34 und 29, BA 36 und 27, BT 32, 22, 9, P 8 und 55; Nr. 177-178: 63, G 42 und 21, A 32 und 31, BA 37 und 26, BT 31, 24, 8, P 12 und 51; Nr. 179-180: 38, G 30 und 8, A 20 und 18, BA 25 und 13, BT 16, 17, 5, P 7 und 31: Nr. 181-182 (ohne P wegen zu kleinem N): 28, G 21 und 7, A 19 und 9, BA 17 und 11, BT 12, 11, 5)																								
169 Anstr.	.02	-.07	.15		-.03	.03	.10		.03	-.06	.14		.08	-.13	.05	.36		-.11	.02	.27				.72
170 Eig.-Fremd-Init.	-.14	.45	2.61		-.18	.21	2.19		.15	-.29	1.83		.30	-.39	.06	1.58		.29	-.06	1.05				1.28
171 Sorg. Arb.-Pl.	.17	-.55	8.24++		-.11	.14	1.85		-.16	.31	4.19+		.28	-.16	-.09	2.02++		.04	-.01	.05		AxBA++ GxBT+		1.74+
172 Sorg.Fam.	.14	.46	4.10+		.11	-.13	1.29		.04	-.07	.16		-.04	-.05	.24	.28		.75	-.15	9.95++				2.01++
173 Er. Fam. unang.																								
174 Er.Fam. bel.	.15	-.32	.63		.06	-.07	.08		-.80	1.15	9.12++		-.25	.11	1.24	.92		.20	-.07	.25				1.03
175 Er. Bes. unang.	-.09	.20	.14		.13	-.15	.29		-.78	1.04	6.65+		-.22	.02	.73	.55		-.61	.09	.80				1.47
176 Er. Bes. bel.	-.01	.05	.01		.16	-.20	.53		-.48	.65	2.99		-.24	.14	.54	.41		-.46	.08	.59				1.02
177 Er. Ges. unang.	.00	-.00	.00		.24	-.25	1.09		-.43	.63	3.01		-.01	.04	-.08	.01		.10	-.02	.04				.59
178 Er. Ges. bel.	.15	-.29	.61		.15	-.15	.46		-.49	.70	4.41		.12	-.22	-.06	.26		.26	-.06	.31				.72
179 Er. wirtsch. unang.	-.04	.17	.09		.99	-1.10	14.08+++		-.79	1.52	10.87++		.13	-.11	-.01	.06		-.37	.08	.40		AxBT+ AxBxBT+++		4.64+++
180 Er. wirtsch. bel.	.08	-.29	.24		.41	-.45	2.09		-.63	1.22	6.10+		.13	-.19	.34	.20		.37	-.08	.34		AxBAxBT+		2.23++
181 Er. sonst. unang.	.30	-.91	1.08		.34	-.72	1.32		-.84	1.30	4.45+		1.50	-.87	-1.89	3.81+								2.40+
182 Er. sonst. bel.	.16	-.47	.33		.47	-.99	2.85		-.86	1.32	5.23+		.60	.13	-2.17	2.62								2.03
183 Soz. ps. som. Z.	-.01	.04	.04		-.13	.17	1.95		.01	-.02	.02		-.01	.31	-.78	3.86+		-.93	.19	15.98+++		GxAxP++		1.91++
184 Ki. glückl.-ungl.	.00	-.00	.00		.05	-.06	.24		-.21	.40	4.49+		-.07	-.06	.32	.45		.74	-.15	8.64++		BTxP+		1.31
185 Ki. ger.-unger.	.09	-.28	1.78		.15	-.19	2.68		-.13	.25	2.08		.11	-.28	.38	1.66		.68	-.14	8.93++		GxBTx BTxP+		1.43
186 Ki. str.-n. str.	-.04	.12	.31		-.02	.02	.04		.11	-.21	1.34		.14	-.12	-.21	.65		-.44	.09	3.40		GxBT+		.83
187 Selbstzufr.	.00	-.00	.51		.06	-.18	.00		.21	.40	4.19+		.03	-.15	.13	1.36		.65	-.13	6.04+		AxBTxP+		1.38
188 Ehrg.	.02	-.07	.12		.09	-.11	1.07		-.17	.33	4.20+		.07	.03	-.21	.56		.05	-.01	.05				.85
189 Nutz. psychol. Unt.	-.02	.06	.10		-.07	.09	.68		.04	-.07	.20		.10	-.13	-.00	.39		-1.18	.24	28.64+++		GxBA+		1.83++
190 Klags.	-.05	.16	.52		-.12	.15	1.48		-.13	.25	1.93		-.19	.03	.35	1.49		.24	-.05	1.00		AxBAxBT+ GxBAxBT++		1.10
191 Mitt. Soz.	-.01	.02	.02		-.05	.06	.35		.03	-.05	.12		-.25	.26	.01	2.30		.05	-.01	.05		GxBT+ GxAxP+		1.01
192 Mitt. Int.	-.17	.51	5.58+		.05	-.06	.26		-.03	.05	.08		-.28	.39	-.11	2.29		.48	-.10	4.16+				1.30
193 Symp.	.05	-.15	1.07		-.09	.11	2.01		-.05	.10	.74		.01	-.02	.09	.17		-.09	.02	.34		GxAxBr+ AxBTxP+ BxBAxP+		1.00
194 SE	-.01	.16	.06		-.13	.16	3.33		.03	-.06	.24		.20	-.04	-.48	.49		-.61	.13	13.00+++				1.46
195 Ängstl.	.04	-.11	.80		.02	-.03	.15		-.08	.16	2.68		-.06	.04	-.06	.90		.55	-.11	17.67+++				1.23
196 Belast.	-.04	.12	2.41		-.01	.02	.17		-.02	.04	.49		-.08	.01	.14	1.16		.39	-.08	23.36+++				1.77+
197 FEges.	-.15	.45	7.16++		-.12	.15	2.67		.12	-.22	2.75		-.14	.38	-.54	6.40+++		.50	-.10	7.74++				1.91++

Fortsetzung Tabelle 29:

Variable	Geschlecht Abw Mä	Geschlecht Abw Fr	Geschlecht Haupt-eff F	Geschlecht Haupt-eff p	Altersgruppe Abw 30-40 Jahre	Altersgruppe Abw 41-50 Jahre	Altersgruppe Haupt-eff F	Altersgruppe Haupt-eff p	Berufsausbildungsabschluß Abw Ja	Berufsausbildungsabschluß Abw Nein	Berufsausbildungsabschluß Haupt-eff F	Berufsausbildungsabschluß Haupt-eff p	Berufstätigkeit Abw Einfache Arbeiter	Berufstätigkeit Abw Spezial- und Facharb.	Berufstätigkeit Abw Beruflich Höhergestellte	Berufstätigkeit Haupt-eff F	Berufstätigkeit Haupt-eff p	Zus. psych. Beh. erhalten Abw Ja	Zus. psych. Beh. erhalten Abw Nein	Zus. psych. Beh. erhalten Haupt-eff F	Zus. psych. Beh. erhalten Haupt-eff p	WW 1) 2 Weg 2) 3 Weg 3) 4 Weg	Var erkl F p
Medizinische Variablen (Nr. 310-318 Termin jeweils angegeben, Nr. 319-344 T1)																							
(Bei BT Hinzunahme von einer weiteren Gruppe von N = 4 Hausfrauen und ohne Beruf; Abw jeweils unterhalb des Abw-Werts von einf. Arb. angegeben)																							
310 Größe	2.45	-7.07	49.16+++	.42	-.54	.89	.93	-1.62	4.28+	-.83 -8.51	.89	1.82	2.92+	1.30	-.26	1.33	AxP+	4.66+++
311 Gew. Kuranf.	2.62	-8.41	24.75+++	-.32	.41	.19	34	-.60	.21	-.65 -8.59	1.51	-1.87	1.07	2.92	-.55	2.36		1.97++
312 Gew. Kure	2.68	-8.49	33.49+++	-.28	.36	.20	.18	-.32	.28	-.29 -7.44	1.04	-1.15	1.44	2.32	-.44	2.81		2.63+++
313 psR Kuranf.																		
314 pdR Kuranf.	1.64	-7.04	9.11+++	-.60	.78	.54	.07	-.15	.00	2.39 11.67	-2.85	-1.25	2.62	4.21	-.80	4.09+		1.18
315 psR Kure	.20	-.97	.14	-.66	.85	.56	-.41	.87	.27	1.49 .82	-1.27	-1.02	.72	-.11	.02	.00		1.03
316 pdR Kure	.17	-.83	.20	-1.17	1.51	3.29	-.12	.25	.04	1.37 .77	-1.01	-1.32	1.16	3.09	-.57	3.52		1.07
317 Puls Kuranf.	-1.05	3.57	2.51	-1.46	2.03	2.99	.95	-1.73	1.18	1.24 7.56	-1.22	-2.02	.87	-1.90	.32	.66		.94
318 Puls Kure.	-1.80	6.13	7.25+++	-1.70	2.36	3.97+	-.48	.88	.30	-1.09 5.21	.37	1.44	.55	.18	-.03	.01		1.28
319 Cholest.	1.74	-5.92	.26	-1.00	1.39	.05	-.21	.39	.02	-3.81 -50.68	9.47	-4.58	1.34	9.11	-1.55	.58		.74
323 Trigl.	4.01	-12.41	.82	-1.04	1.39	.03	5.34	-9.61	.80	-.20 -54.99	-4.01	14.81	.43	9.46	-1.81	.39	AxP+	.69
327 Harns.	.30	-.86	16.83+++	-.13	.03	1.88	.10	-.18	1.22	-.09 -1.42	.12	.20	1.56	-.13	.03	.31		2.15+++
331 γ-GT	.80	-2.27	.73	.36	-.48	.10	.47	-.99	.23	-.45 -7.70	2.55	-4.03	1.27	4.71	-.96	2.55		1.27
335 Harnst.	.50	-1.43	1.32	-1.02	1.37	3.60+	.32	-.55	.32	.40 -.53	-.01	-1.32	.28	.65	-.12	.35	GxA+ GxBA+ GxAxBT+	1.84++
336 BKS 1. St.	-1.42	4.05	14.82+++	-.38	.51	.70	-.98	1.70	4.25+	-.83 2.38	.82	.14	.74	-1.20	.24	1.05	GxBT+ GxBAxBT+	2.09++
337 BKS 2. St.	-1.70	4.84	7.79++	-1.02	1.36	1.85	-1.06	1.85	1.04	.48 7.41	-.98	-.16	.65	-.25	.05	.02		1.50+
342 Leuko.	.55	-1.57	1.80	-.39	.53	.40	-.49	.86	.56	.16 -2.63	-.09	.14	.11	-2.18	.44	1.84		.69
343 Ery.	.12	-.35	55.17+++	-.01	.02	.37	.04	-.07	3.25	-.03 -.20	.05	.02	.97	.04	-.01	.50		4.48+++
344 Hämogl.	.40	-1.12	57.24+++	.00	-.02	.03	.12	-.21	3.15	-.07	.10	-.16	1.29	.04	-.01	.05	GxAxBT+	3.95+++

Tab. 3o : Interkorrelation der Variablen aus den psychologischen Fragebogen für die gesamte Stichprobe der LVA-Kurpatienten.
Jeweils untereinander Darstellung von statistisch bedeutsamen Korrelationskoeffizienten r und Signifikanzwerten p (bei p ≤ o5*, ≤ o1**, ≤ oo1***) sowie von Stichprobengrößen N (in Klammer)

(Bei HG-Variablen umgekehrte Polung beachten)

216	EzK1 Erw. befr.Ges.-Zust.	EzK1											
217	EzK2 Erw. Entl.v.allt. Anf.,Ausspr.,Kont.	29*** (173)	EzK2										
218	EzK3 Erw. natürl.Heil-m.,Erf.-Zuvers.	3o*** (172)		EzK3									
219	BdK1 Glob. subj.Kur-erf.	2o** (168)		2o** (167)	BdK1								
22o	BdK2 Zufr. med.Unt.Beh.				45*** (175)	BdK2							
221	BdK3 Zufr. m.erh.-u.kommun.-förd.Bed.	2o** (168)	17* (168)	2o** (167)	53*** (175)	46*** (175)	BdK3						
222	BdK4 Pos. Bew.psych.Kurm.		2o** (168)		36*** (175)	48*** (175)	6o*** (175)	BdK4					
223	KKB1-1 Seel. psychosoz. Probl.,Ps.-Th.	KKB1-1											
224	KKB2-1 Stress u.Schon.	28*** (168)	KKB2-1										
225	KKB3-1 Kör-perleid. u. Org.-Med.	32*** (167)	37** (167)	KKB3-1									
226	KKB4-1 Sel. unbefr.Arb.-Sit., H.z.Zufr.	26*** (168)	32** (168)		KKB4-1								
227	KKB1-2 Seel. psychosoz. Probl.,Ps.-Th.	75*** (161)	17* (161)			KKB1-2							
228	KKB2-2 Stress u.Schon.	19** (161)	51*** (161)	26*** (16o)	31*** (161)	29*** (173)	KKB2-2						
229	KKB3-2 Kör-perleid. u. Org.-Med.			3o*** (159)		18* (172)	33*** (172)	KKB3-1					
23o	KKB4-2 Sel. unbefr.Arb.-Sit., Hz.Zufr.	16* (161)			46*** (161)	21** (173)	4o*** (173)	17* (172)	KKB4-2				
231	KKB1-3 Seel. psychosoz. Probl.,Ps.-Th.	63*** (131)				69*** (136)				KKB1-3			
232	KKB2-3 Stress u. Schon.		3o*** (131)				39*** (136)	18* (135)	26** (136)	21** (139)	KKB2-3		
233	KKB3-3 Körper-leid.u.Org.-Med.							33*** (135)		36*** (139)	42*** (139)	KKB3-3	
234	KKB4-3 Sel.unbefr. Arb.-Sit., Hz.Zufr.				36*** (131)		23** (136)		46*** (136)	27*** (136)	46*** (139)	26** (139)	KKB4-3
235	HG1-1 Misstr. geg.Ärzte u.Therap.	HG1-1											
236	HG2-1 Risiko-vermeid.		HG2-1										
237	HG3-1 Beach-t.v.Krankh.anz.		36*** (175)	HG3-1									
238	HG4-1 Misstr. geg.eig.Körp.	15* (174)	23** (175)	3o*** (175)	HG4-1								
239	HG1-2 Misstr. geg.Ärzte u.Ther.	64*** (166)				HG1-2							
24o	HG2-2 Risiko-vermeid.		41*** (168)	25*** (168)			HG2-2						
241	HG3-2 Beach-t.v.Krankh.anz.			47*** (168)			23** (172)	HG3-2					
242	HG4-2 Misstr. geg.eig.Körp.		19* (167)	32*** (167)	59*** (167)				HG4-2				
243	HG1-3 Misstr. geg.Ärzte u.Ther.	35*** (134)				41*** (134)				HG1-3			
244	HG2-3 Risiko-vermeid.		17* (135)				27** (135)			38*** (139)	HG2-3		
245	HG3-3 Beach-t.v.Krankh.anz.		3o* (135)	52*** (135)			22** (135)	51*** (135)			32** (139)	HG3-3	
246	HG4-3 Misstr. geg. eig.Körp.		19* (135)	29*** (135)	39*** (135)				45*** (135)	31*** (139)	32** (139)	23** (139)	HG4-3

Fortsetzung Tabelle 30 :

247	FPI2-1 Aggr.	FPI2-1												
248	FPI9-1 Offen.	42*** (177)	FPI9-1											
249	FPIE-1 Extrav.	18* (177)		FPIE-1										
25o	FPIN-1 Em.Lab.	36*** (177)	4o*** (177)	-32*** (177)	FPIN-1									
251	FPI2-2 Aggr.	59*** (177)	35*** (177)	23** (177)	22** (177)	FPI2-2 (178)								
252	FPI9-2 Offen.	25*** (177)	7o*** (177)	77*** (177)	23** (177)	36*** (178)	FPI9-2							
253	FPIE-2 Extrav.				-3o*** (177)	3o*** (178)		FPIE-2						
254	FPIN-2 Em.Lab.	32*** (177)	31*** (177)	-22** (178)	69*** (177)	37*** (178)	36*** (178)	-28*** (178)	FPIN-2					
255	FPI2-3 Aggr.	4o*** (136)	3o*** (136)			35*** (137)	26** (137)			FPI2-3				
256	FPI9-3 Offen.	32*** (136)	6o*** (136)		29*** (136)	32*** (137)	61*** (137)		22** (137)	32*** (137)	FPI9-3			
257	FPIE-3 Extrav.			65*** (136)	-26** (136)			70*** (137)	-28*** (137)	20** (137)		FPIE-3		
258	FPIN-3 Em.Lab.	23** (136)	27*** (136)	-27*** (136)	63*** (136)	21* (137)	27*** (137)	-28*** (137)	58*** (137)	24** (137)	39*** (137)	-32*** (137)	FPIN-3	
259	BPI1-1 Geh.	BPI1-1												
26o	BPI2-1 Err.	47*** (175)	BPI2-1 (175)											
261	BPI3-1 Nerv.	55*** (175)	48*** (175)	BPI3-1										
262	BPI4-1 Depr.	61*** (175)	52*** (175)	53*** (175)	BPI4-1									
263	BPI5-1 Int.	49*** (175)	29*** (175)	44*** (175)	51*** (175)	BPI5-1								
264	BPI6-1 Lüg.		-28*** (175)		-27*** (175)		BPI6-1							
265	BPI1-2 Geh.	87*** (174)	37*** (174)	52*** (174)	55*** (174)	44*** (174)		BPI1-2						
266	BPI2-2 Err.	45*** (174)	72*** (174)	44*** (174)	45*** (174)	25*** (174)	-17* (174)	5o***	BP2-2					
267	BPI3-2 Nerv.	49*** (174)	44*** (174)	78*** (174)	45*** (174)	33*** (174)		56*** (176)	6o*** (176)	BPI3-2				
268	BPI4-2 Depr.	57*** (174)	42*** (174)	44*** (174)	77*** (174)	45*** (174)	-23** (174)	63*** (176)	57*** (176)	58*** (176)	BPI4-2			
269	BPI5-2 Int.	4o*** (174)	23** (174)	33*** (174)	48*** (174)	75*** (174)		5o*** (176)	27*** (176)	37*** (176)	56*** (176)	BPI5-2		
27o	BPI6-2 Lüg.	-15* (174)	-33*** (174)	(174)	-34*** (174)		6o*** (174)		-36*** (176)	-36*** (176)	-34*** (176)		BPI6-2	
271	FBL1-1 Allg.	FBL1-1												
272	FBL1-2 Allg.	49*** (166)	FBL1-2											
273	FBL1-3 Allg.	5o*** (132)	55*** (137)	FBL1-3										
274	SES1-1 Geh.St.	SES1-1												
275	SES2-1 Mißst.		SES2-1											
276	SES3-1 Akt.	52*** (168)		SES3-1										
277	SES4-1 Gedr.St.		7o*** (17o)		SES4-1									
278	SES5-1 Trägh.		3o*** (168)	-17* (166)	31*** (168)	SES5-1								
279	SES6-1 Müd.		42*** (169)		42*** (168)	3o*** (167)	SES6-1							
28o	SES7-1 Ausg.St.	53*** (169)		51*** (166)				SES7-1						
281	SES1-2 Geh.St.	4o*** (167)		33*** (162)	-16* (164)			28*** (163)	SES1-2					
282	SES2-2 Mißst.		32*** (165)		36*** (164)	3o*** (162)	35*** (166)	16* (163)		SES2-2				
283	SES3-2 Akt.	25*** (167)	-24** (165)	46** (162)	-27*** (164)	-35*** (162)	-19* (166)	33** (163)	64*** (173)	21** (173)	SES3-2			
284	SES4-2 Gedr.St.	-2[illegible]*** (168)	28*** (166)	-23** (163)	-49*** (165)	2o* (163)	31*** (167)	26*** (164)	-35*** (173)	5o*** (173)	-32*** (173)	SES4-2		

Fortsetzung Tabelle 30 :

		SES1-1	SES2-1	SES3-1	SES4-1	SES5-1	SES6-1	SES7-1	SES1-2	SES2-2	SES3-2	SES4-2
285	SES5-2 Trägh.					52*** (162)	21*** (166)	-21** (162)	-17* (172)	42*** (72)	-26*** (172)	25*** (172) SES5-2
286	SES6-2 Müd.		24** (165)	-19* (162)	34*** (164)	27*** (162)	34*** (166)	-17* (163)	-2o* (173)	55*** (173)	-22** (173)	44*** (172) 37*** (172) SES6-2
287	SES7-2 Ausg.St.	2o**	-17* (167)	29*** (165)	-28*** (163)	-27*** (164)		36*** (163)	63*** (172)	-25*** (172)	71*** (172)	-32*** (173) -33*** (172) -28*** (172) SES7-2
288	SES1-3 Geh.St.	3o*** (13o)		22** (125)					46*** (133)		29*** (133)	-19** (133) 32*** (132)
289	SES2-3 Mißst.	-27** (13o)	24** (128)				18* (129)	-19* (126)	-17* (133)	18* (133)	-18* (133)	18* (133) 17* (133) -18* (132)
29o	SES3-3 Akt.	26** (13o)		27** (125)				21* (126)	44*** (133)		43*** (133)	-18* (133) -24** (133) 37*** (132)
291	SES4-3 Gedr.St.	-2o* (13o)							-24**		-25** (133)	3o*** (133) 18* (133) -18* (132)
292	SES5-3 Trägh.						19* (129)	23** (126)		2o* (133)		25** (133) 18* (133)
293	SES6-3 Müd.	-15* (13o)	21* (128)	-23** (125)		26** (125)	21* (129)			19** (133)		19* (133) 24** (133) 28*** (133)
294	SES7-3 Ausg.St.	23** (13o)		23** (125)				29*** (126)	36*** (133)		36*** (133)	-24** (133) 44*** (132)
288	SES1-3 Geh.St.	SES1-3										
289	SES2-3 Mißst.	-34*** (136)	SES2-3									
29o	SES3-3 Akt.	47*** (136)		SES3-3								
291	SES4-3 Gedr.St.	-39*** (136)	-64*** (136)	-29** (136)	SES4-3							
292	SES5-3 Trägh.	-22** (136)	22** (136)	35*** (136)	41*** (136)	SES5-3						
293	SES6-3 Müd.	-31*** (136)	49** (136)		38*** (136)		SES6-3					
294	SES7-3 Ausg.St.	53*** (136)	-19* (136)	61*** (136)				SES7-3				
295	BFB1-1 Bel. i.Z.m.Ehe	BFB1-1										
296	BFB2-1 Überford. Arb.		BFB2-1									
297	BFB3-1 Unzufr. Arb., Koll.,Bez.			BFB3-1								
298	BFB4-1 Bel.i. Z.m.Ki.	45*** (139)	23** (138)		BFB4-1							
299	BFB1-2 Bel.i. Z.m.Ehe	77*** (145)			33*** (112)	BFB1-2						
300	BFB2-2 Überford. Arb.	27*** (142)	59*** (142)	20* (142)		28*** (145)	BFB2-2					
301	BFB3-2 Unzufr.Arb., Koll.,Bez.			69*** (142)				BFB3-2				
302	BFB4-2 Bel.i. Z.m.Ki.	46*** (117)			72*** (110)	47*** (120)			BFB4-2			
303	BFB1-3 Bel.i. z.m.Ehe	78*** (134)			53*** (105)	75*** (120)		22* (113)	49*** (89)	BFB1-3		
304	BFB2-3 Überford. Arb.		48*** (133)				46*** (111)				BFB2-3	
305	BFB3-3 Unzufr.Arb., Koll.,Bez.			57*** (134)			19* (111)	51 (113)		24 (138)	17* (138)	BFB3-3
306	BFB4-3 Bel.i. Z.m.Ki.	39*** (105)			59*** (102)	42*** (87)			77*** (83)	45*** (108)	26** (108)	BFB4-3

307	Pos.Kur-erf.günst. Prog.Arzt (Arztr.1)	307	
308	Ps.ger. Auff.u. pos.Kurerf. betr.(betr.r.)	33*** (177)	308
309	Psychosom. Gest. Arzt (Arztr.2)		309

Fortsetzung Tabelle 30 :

	EzK1	EzK2	EzK3	BdK1	BdK2	BdK3	BdK4	FBL1-1	FBL1-2	FBL1-3
KKB1-1	18* (168)	44*** (168)	-22** (167)		-17* (163)		2o* (163)	29*** (167)	16* (163)	
KKB2-1	33*** (168)	28*** (168)		-28*** (163)				45*** (167)	33*** (163)	23** (131)
KKB3-1	33*** (167)	16** (167)						21** (166)		
KKB4-1		33*** (168)	-24** (167)							
KKB1-2		38*** (168)	26*** (165)					21** (164)	2o** (173)	17* (136)
KKB2-2	22** (166)	2o** (166)		-31*** (173)	-19* (173)			27*** (164)		21* (136)
KKB3-2	21** (165)									
KKB4-2		2o** (166)	-28*** (165)	-15* (173)						
KKB1-3		32*** (134)	-17* (133)				21* (137)			22** (139)
KKB2-3				-22** (137)				21** (132)	25** (137)	47*** (139)
KKB3-3				-17* (137)					2o* (137)	23** (139)
KKB4-3			-33*** (133)			-2o* (137)				
HG1-1			31*** (169)	18* (171)				-19* (167)		
HG2-1										
HG3-1	-23** (169)		-19* (169)						-27*** (171)	-25** (135)
HG4-1					37*** (171)			-22** (167)	-3o*** (171)	-26** (135)
HG1-2	16* (165)		3o*** (165)	27*** (171)	29*** (171)	27*** (171)	22** (171)	-19* (163)		
HG2-2	-19* (166)									
HG3-2	-21** (166)									
HG4-2				42*** (171)				-22** (163)	-31*** (171)	-27*** (135)
HG1-3			28*** (134)							-27*** (135)
HG2-3	-17* (134)									
HG3-3					-22** (137)					
HG4-3		-21* (134)		35*** (137)				-2o* (132)	-43*** (137)	-48*** (138)

	EzK1	EzK2	EzK3	BdK1	BdK2	BdK3	BdK4	FBL1-1	FBL1-2	FBL1-3
FPI2-1	-31*** (171)									
FPI9-1			-2o** (171)		-22** (173)					
FPIE-1										
FPIN-1		27*** (171)					17* (173)	24** (169)	2o** (173)	
FPI2-2	-21** (172)		-17* (172)							
FPI9-2					-17 (172)					
FPIE-2				26*** (173)				-17* (17o)	-23** (173)	
FPIN-2		16* (172)			-17* (173)			21** (17o)	31*** (173)	19* (138)
FPI2-3										
FPI9-3			-18* (133)							
FPIE-3										
FPIN-3		2o* (133)					19* (135)			27*** (136)
BPI1-1		21** (169)	-23** (169)	-2o** (17o)				26*** (167)	25*** (17o)	
BPI2-1		3o*** (165)				17* (17o)	18* (17o)	2o* (167)		
BPI3-1	22** (169)	22** (169)		-22** (17o)	-15* (17o)			45*** (167)	48*** (17o)	35*** (135)
BPI4-1		26*** (169)	-21** (169)	-2o** (17o)	-22** (17o)			27*** (167)	22** (17o)	
BPI5-1		22** (169)	-22** (169)	-23** (17o)				2o* (167)		
BPI6-1					15* (17o)					
BPI1-2		15* (17o)		-25*** (171)	-17* (171)			24** (167)	28*** (17o)	2o* (135)
BPI2-2		19* (17o)			-19* (171)			16* (167)	25*** (17o)	21* (135)
BPI3-2				-35*** (171)	-23** (171)			41*** (167)	53*** (17o)	44*** (135)
BPI4-2		21** (17o)	-21** (17o)	-35*** (171)	-25** (171)			33*** (167)	33*** (17o)	28** (135)
BPI5-2			-24** (17o)	-26** (171)						
BPI6-2					26** (171)					

Fortsetzung Tabelle 30 :

	EzK1	EzK2	EzK3	BdK1	BdK2	BdK3	BdK4	FBL1-1	FBL1-2	FBL1-3
FBL1-1	2o* (171)			-29*** (166)						
FBL1-2				-42*** (175)	-18* (175)					
FBL1-3				-29*** (137)						
SES1-1			19* (167)	17* (169)				-21** (165)	-24** (169)	-22** (133)
SES2-1			-19* (166)						19* (167)	
SES3-1			17* (163)	33*** (164)	16* (164)			-34*** (161)	-32*** (164)	-35*** (128)
SES4-1			-28*** (165)	-2o** (166)	16* (166)		21** (166)	21** (163)	23** (166)	
SES5-1				-24** (164)					31** (164)	
SES6-1	18* (167)			-24** (168)				16* (165)	33** (168)	
SES7-1								-21** (162)	-18* (165)	-21** (129)
SES1-2			19* (166)	52*** (173)	35*** (173)	29*** (173)	15* (173)		-3o*** (173)	-18* (136)
SES2-2				-19* (173)					26*** (173)	
SES3-2				59*** (173)	37*** (173)	33*** (173)	22** (173)	-21** (164)	-36*** (173)	-21* (136)
SES4-2			-29*** (167)	-38*** (174)				2o** (165)	34*** (174)	
SES5-2				-2o** (172)	-2o* (172)				24** (172)	
SES6-2				-38*** (173)				21** (164)	45*** (173)	28*** (136)
SES7-2			24** (167)	47*** (173)	35*** (173)	27*** (173)		-22** (165)	-29*** (173)	-23** (135)
SES1-3				3o*** (134)	21* (134)					-26** (135)
SES2-3										22** (135)
SES3-3				27** (134)					-19** (134)	-28*** (135)
SES4-3		2o* (131)							21** (134)	3o*** (135)
SES5-3										
SES6-3				-25** (134)					29*** (134)	35*** (135)
SES7-3				23** (134)	2o* (134)					-19* (135)

	EzK1	EzK2	EzK3	BdK1	BdK2	BdK3	BdK4	FBL1-1	FBL1-2	FBL1-3
BFB1-1								15* (168)		18* (135)
BFB2-1										
BFB3-1	-17* (17o)	15* (17o)	-19* (17o)	-21** (171)				17* (168)		25** (135)
BFB4-1			-21* (137)							
BFB1-2			18* (143)				23** (148)			28** (113)
BFB2-2										
BFB3-2		19* (143)	-17* (143)	-24** (148)	-26** (148)	-18* (148)		18* (142)		
BFB4-2		3o*** (117)								21* (89)
BFB1-3							18* (136)			17* (137)
BFB2-3										21* (137)
BFB3-3	-17* (133)		-23** (133)	-2o* (136)	-22* (136)					26** (137)
BFB4-3	2o* (1o7)									26** (1o8)
Arztr.1				43*** (173)		18* (173)		-34*** (169)	-38*** (173)	-38*** (136)
Betr.r.				24** (175)		17* (175)		-19* (17o)		-23** (138)
Arztr.2			16* (171)				-25*** (175)			

	KKB1-1	KKB2-1	KKB3-1	KKB4-1	KKB1-2	KKB2-2	KKB3-2	KKB4-2	KKB1-3	KKB2-3	KKB3-3	KKB4-3
HG1-1					-15* (168)							
HG2-1												
HG3-1		-21** (164)					-23** (168)					
HG4-1												
HG1-2					-16* (17o)	-22** (17o)		-24** (17o)		-29** (134)		-2o** (134)
HG2-2												
HG3-2							-16* (17o)					
HG4-2						-23** (17o)						
HG1-3	-18* (131)				-23** (136)			-17* (136)	-22** (138)	-21* (138)	-32*** (138)	-25** (138)

Fortsetzung Tabelle 30 :

	KKB1-1	KKB2-1	KKB3-1	KKB4-1	KKB1-2	KKB2-2	KKB3-2	KKB4-2	KKB1-3	KKB2-3	KKB3-3	KKB4-3
HG2-3												
HG3-3												
HG4-3	-17* (131)				-18* (136)				-26** (138)	-2o* (138)	-3o*** (138)	
FPI2-1			2o** (166)				21** (172)				-18* (138)	2o* (138)
FPI9-1	2o** (166)											
FPIE-1	-29*** (166)				-23** (172)				-28*** (171)			
FPIN-1	47*** (166)	15* (166)			49*** (172)				4o*** (171)			
FPI2-2			18* (167)				17* (172)					
FPI9-2												
FPIE-2	-32*** (17o)				-3o*** (172)	-16* (172)			-32*** (138)		-18* (138)	
FPIN-2	37*** (17o)				45*** (172)				33*** (138)			
FPI2-3							-22** (172)					18* (136)
FPI9-3												18* (136)
FPIE-3	-31*** (13o)				-29*** (134)							
FPIN-3	4o*** (13o)				5o*** (134)				5o*** (136)			
BPI1-1	51*** (164)	19* (164)			49*** (169)		17* (169)		44*** (135)			
BPI2-1	45*** (164)				45*** (169)				4o*** (135)	17* (135)		
BPI3-1	42*** (164)	35*** (164)	16* (163)	17* (164)	42*** (169)	35*** (168)	16* (168)		37*** (135)	24** (135)	22** (135)	
BPI4-1	58*** (164)	23** (164)			59*** (169)	26*** (168)			45*** (135)			
BPI5-1	48*** (164)	16* (164)	2o** (163)	2o** (164)	43*** (169)				42*** (135)			
BPI6-1												
BPI1-2	44*** (165)	17* (165)			46*** (17o)	17* (17o)			42*** (136)			
BPI2-2	3o*** (165)				37*** (17o)				3o*** (136)	19* (136)		
BPI3-2	31*** (165)	28*** (165)			37*** (17o)	36*** (17o)			36*** (136)	28*** (136)	17* (136)	
BPI4-2	52*** (165)	25*** (165)					54*** (17o)	27*** (17o)		27*** (17o)	42*** (136)	17* (136)
BPI5-2	44*** (165)						48*** (17o)				46*** (136)	21* (136)
BPI6-2	-19** (165)						-21** (17o)				-17* (136)	
SES1-1												
SES2-1												
SES3-1							-18* (162)	-19* (162)				-28*** (128) -22** (128)
SES4-1				21** (16o)						17* (162)		
SES5-1		17* (159)										
SES6-1		23** (162)					15* (166)	22** (166)				
SES7-1												
SES1-2	-29*** (162)						-3o*** (171)				-24** (136)	
SES2-2			-16* (161)				2o** (171)					
SES3-2	-21** (162)						-26*** (171)					
SES4-2							-26*** (171)	2o** (171)		19* (172)	19* (136)	
SES5-2							2o** (171)	19* (171)				
SES6-2		22** (162)							24** (171)			
SES7-2	-24** (128)						-31*** (171)					
SES1-3	-21* (128)						-21* (128)				-33*** (135)	
SES2-3							19* (128)				36*** (135)	
SES3-3											-25** (135)	
SES4-3	3o*** (128)			18* (128)	29*** (128)						58*** (135)	
SES5-4											27*** (135)	
SES6-3								22* (128)				49*** (135) 21* (135)
SES7-3				23** (128)								

Fortsetzung Tabelle 30:

	KKB1-1	KKB2-1	KKB3-1	KKB4-1	KKB1-2	KKB2-2	KKB3-2	KKB4-2	KKB1-3	KKB2-3	KKB3-3	KKB4-3
BFB1-1	28*** (165)				34*** (169)			18* (169)	46*** (135)		4o*** (135)	
BFB2-1		34*** (164)	18* (163)	26*** (164)		3o*** (168)		33*** (168)		28*** (134)		
BFB3-1	19* (165)			2o** (165)	16* (169)			31*** (169)				17* (135)
BFB4-1	4o*** (134)	21* (134)		18* (134)	32*** (133)		17* (133)		46*** (1o5)		26** (1o5)	19* (1o5)
BFB1-2	4o*** (14o)				55*** (148)				57*** (113)		32*** (113)	2o* (113)
BFB2-2		38*** (138)		26** (138)	28*** (145)	42*** (145)	16* (144)	41*** (145)	24** (111)	38*** (111)		25** (111)
BFB3-2	22** (14o)				19* (148)			25** (148)	19* (113)			
BFB4-2	5o*** (116)				43*** (12o)				61*** (89)		31** (89)	
BFB1-3	31*** (13o)	22* (13o)			32*** (135)				53*** (135)		33*** (137)	
BFB2-3		25** (13o)						17* (135)	18* (137)	38*** (137)		42*** (137)
BFB3-3				17* (13o)	24** (135)				26** (137)	17* (137)		24** (137)
BFB4-3	34*** (1o5)				37*** (1o5)				56*** (1o8)	2o* (1o8)		
Arztr.1		-33*** (166)				-24** (173)			-18* (137)	-25** (137)		
Betr.r.									-25** (137)	-18* (137)	-17* (137)	
Arztr.2	-24*** (167)				-33*** (173)							

	HG1-1	HG2-1	HG3-1	HG4-1	HG1-2	HG2-2	HG3-2	HG4-2	HG1-3	HG2-3	HG3-3	HG4-3
FPI2-1	-17* (173				-16* (17o)	17** (171)			-24** (138)			
FPI9-1		19* (173)	15* (173)		-18* (17o)	25*** (171)			-19* (138)			
FPIE-1				19* (173)				27*** (137)				25** (138)
FPIN-1	-19* (173)											-23** (138)
FPI2-2	-15* (173)											
FPI9-2						19* (171)						
FPIE-2				28*** (173)				33*** (17o)				34*** (138)

	HG1-1	HG2-1	HG3-1	HG4-1	HG1-2	HG2-2	HG3-2	HG4-2	HG1-3	HG2-3	HG3-3	HG4-3
FPIN-2	-26*** (173)				-21** (17o)			-16* (17o)				-18* (138)
FPI2-3	-24** (133)							-19* (137)	-35*** (137)			
FPI9-3					-25** (132)						18* (137)	
FPIE-3			18* (133)	17* (133)				28*** (137)				22** (137)
FPIN-3				-21* (133)								-25** (137)
BPI1-1	-13* (171)			-14* (171)				-21** (167)				-22** (135)
BPI2-1	-15* (171)										14* (135)	
BPI3-1				-31*** (171)				-3o*** (167)				-36*** (135)
BPI4-1	-22** (171)			-18** (171)	-23** (168)			-2o** (167)	-18* (135)			-2o** (135)
BPI5-1	-19** (171)	-13* (171)		-17* (171)	-14* (167)			-14* (167)				-29*** (135)
BPI6-1					16* (167)							
BPI1-2	-17* (171)	-13* (171)			-17* (168)			-23*** (168)				-26*** (136)
BPI2-2	-26*** (171)				-24*** (168)			-18* (168)	-17* (136)			-17* (136)
BPI3-2				-25*** (171)				-35*** (168)				-32*** (136)
BPI4-2	-3o*** (171)			-17* (171)	-27*** (168)			-26*** (168)	-2o** (136)			-27*** (136)
BPI5-2	-25*** (171)	-18** (171)		-14* (171)	-23*** (168)			-28*** (168)	-17* (136)			-27*** (136)
BPI6-2												
SES1-3		16* (132)		25** (132)				22** (132)				21** (136)
SES2-3											18* (136)	
SES3-3				26*** (132)				3o*** (132)		-25** (136)		16* (136)
SES4-3									-15* (136)			-2o** (136)
SES5-3		22** (132)										
SES6-3					-22** (131)	16* (132)			-21** (136)		26** (136)	-15* (136)

	HG1-1	HG2-1	HG3-1	HG4-1	HG1-2	HG2-2	HG3-2	HG4-2	HG1-3	HG2-3	HG3-3	HG4-3
SES7-3	17* (131)			34*** (132)				28*** (132)		-21** (136)		
BFB1-1	-2o** (174)								-24** (135)			-24** (135)
BFB2-1						17* (167)						
BFB3-1	-25*** (174)				-27*** (167)			-21** (167)	-24** (135)	22** (135)		
BFB4-1	-22** (138)											
BFB1-2	-19* (141)				-18* (146)				-24** (114)			-21** (114)
BFB2-2	-19 (141)				-22** (143)							
BFB3-2					-23** (146)			-2o* (147)		31*** (114)		
BFB4-2									-25* (9o)			
BFB1-3									-24** (138)			
BFB2-3					-19* (133)	22* (134)			-21* (138)			
BFB3-3					-25** (133)				-22** (138)			
BFB4-3			-24* (1o4)						-29** (1o8)			
SES1-1	-2o** (171)			23*** (172)		17* (166)		25*** (165)				18* (137)
SES2-1				-14* (17o)					-17*			-24** (137)
SES3-1	24*** (167)			23*** (167)	23*** (16o)	19** (161)		32*** (163)	25**		15*	24** (137)
SES4-1	-17* (168)			-2o** (169)				-15* (16o)				-16* (137)
SES5-1	-15* (167)			-19** (167)				-19** (162)				-15* (137)
SES6-1			-19** (171)	-25*** (171)				-18** (16o)				
SES7-1	27*** (167)			27*** (168)	21** (161)			18** (164)				16* (137)
SES1-2	17* (168)		18* (169)	3o*** (169)	17* (17o)		14* (135)	36*** (161)				3o*** (138)
SES2-2		14* (169)			-21** (17o)			-16* (17o)	-19*			-16* (137)

	HG1-1	HG2-1	HG3-1	HG4-1	HG1-2	HG2-2	HG3-2	HG4-2	HG1-3	HG2-3	HG3-3	HG4-3
SES3-2	2o** (168)		19** (169)	37*** (169)	16* (17o)			47*** (17o)	15* (138)			34*** (138)
SES4-2	-22** (169)	-17* (17o)		-25*** (17o)	-17* (171)		14* (172)	-25*** (171)				-23** (138)
SES5-2	-16* (168)	14* (168)			-2o** (169)						21** (138)	
SES6-2	-14* (168)			-19** (169)	-19** (17o)			34*** (17o)		24** (138)		-22** (138)
SES7-2	19** (169)			27*** (169)	17* (17o)			35*** (17o)	19* (138)			34*** (138)
Arztr.1	17* (169)			23** (17o)	15* (157)			34*** (157)				
Betr.r.			15* (173)	22** (172)				19* (159)				
Arztr.2	19* (171)				22** (159)		-16* (159)					

Fortsetzung Tabelle 3o:

	FPI2-1	FPI9-1	FPIE-1	FPIN-1	FPI2-2	FPI9-2	FPIE-2	FPIN-2	FPI2-3	FPI9-3	FPIE-3	FPIN-3
BPI1-1	23*** (174)	23*** (174)	-51*** (174)	51*** (174)	14* (175)		-58*** (175)	48*** (175)	15* (134)	21** (134)	-5o*** (134)	42*** (134)
BPI2-1	33*** (174)	43*** (174)	-24*** (174)	79*** (174)	19** (175)	25*** (175)	-19** (175)	62*** (175)		25** (134)	-2o** (134)	56*** (134)
BPI3-1	19** (174)	27*** (174)	-3o*** (174)	5o*** (174)	18* (175)	15* (175)	-36*** (175)	43*** (175)			-31*** (134)	32*** (134)
BPI4-1	22** (174)	21** (174)	-36*** (174)	64*** (174)	16* (175)	15* (175)	-38*** (175)	57*** (175)		15* (134)	-34*** (134)	52*** (134)
BPI5-1	17* (174)		-3o*** (174)	37*** (174)			-35*** (175)	31*** (175)			-27*** (134)	24** (134)
BPI6-1		-44*** (174)		-27*** (174)	-18* (175)	-35*** (175)		-18** (175)		-41*** (134)		-18* (134)
BPI1-2	22** (175)	19** (175)	-45*** (175)	45*** (175)	17** (176)		-58*** (176)	53*** (176)	27*** (135)	19* (135)	-53*** (135)	41*** (135)
BPI2-2	38*** (175)	42** (175)	-14* (175)	65*** (175)	37*** (176)	39*** (176)	-19** (176)	8o*** (176)		3o*** (135)	-19* (135)	57*** (135)
BPI3-2	21** (175)	22** (175)	-24*** (175)	43*** (175)	19** (176)	19** (176)	-38*** (176)	58*** (176)			-25** (135)	34*** (135)
BPI4-2	21** (175)	18** (175)	-26*** (175)	52*** (175)	21** (176)	16* (176)	-36*** (176)	64*** (176)		17* (135)	-34*** (135)	46*** (135)
BPI5-2	18* (175)		-28*** (175)	35*** (175)	16* (176)		-36*** (176)	36*** (176)			-26*** (135)	23** (135)
BPI6-2		-45*** (175)		-24*** (175)		-55*** (176)		-28*** (176)	-17* (135)	-43*** (135)		-24** (135)

	FPI2-1	FPI9-1	FPIE-1	FPIN-1	FPI2-2	FPI9-2	FPIE-2	FPIN-2	FPI2-3	FPI9-3	FPIE-3	FPIN-3
SES1-1			22** (171)	-25*** (171)			25*** (171)	-22** (171)			16* (131)	-22** (131)
SES2-1	27*** (169)			21** (169)	16* (169)	13* (169)		17* (169)				18* (129)
SES3-1			13* (167)				23** (167)	-14* (167)				
SES4-1	18* (168)			19** (168)	17* (168)			24** (168)				19* (128)
SES5-1	19** (167)	2o** (167)		19** (167)	28*** (167)	27*** (167)	26*** (167)			16* (127)		
SES6-1												2o* (131)
SES7-1	-26*** (167)	-17* (167)		-35*** (167)	-14* (167)	-23*** (167)		-37*** (167)	-23** (167)			-23** (127)
SES1-2		-15* (171)	18** (171)	-21** (171)			35*** (171)	-32*** (171)			2o** (134)	-2o** (134)
SES2-2	25*** (171)	14* (171)		32*** (171)	29*** (171)	2o** (171)		4o*** (171)	18* (134)	21** (134)		35*** (134)
SES3-2			2o** (171)	-19** (171)			35*** (171)	-34*** (171)	-16* (134)		22** (134)	-17* (134)
SES4-2	22** (171)			28*** (171)	22*** (171)		-13* (171)					25** (134)
SES5-2	22** (171)	19** (171)		26*** (171)	29*** (171)	31*** (171)		36***	23** (134)	16* (134)		24** (134)
SES6-2						18* (171)		21** (171)				21** (134)
SES7-2	-21** (172)	19** (172)		-27** (172)	-24** (135)	-21** (135)	24** (135)	-43*** (135)	-2o* (134)	-15* (134)		-24** (134)
SES1-3			16* (134)	-15* (134)		-15* (135)	21** (135)	26*** (135)			23** (134)	-3o** (134)
SES2-3				3o*** (134)		15* (135)		26*** (135)		23** (134)	-15* (134)	35*** (134)
SES3-3						-16* (135)	17* (135)	-17* (135)	-19* (134)		17* (134)	-22** (134)
SES4-3	18* (134)			25** (134)	16* (135)		-2o** (135)	27*** (135)	16* (134)	17* (134)	-23** (134)	41** (134)
SES5-3		18* (134)			22** (135)			17* (135)		22** (134)		18* (134)
SES6-3			-14* (134)			18* (135)		17* (135)				23** (134)
SES7-3						-19* (135)		-21** (135)	-18* (134)	-15* (134)		-25** (134)
BFB1-1				23** (174)								21* (134)
BFB2-1												
BFB3-1	16* (174)				29** (174)			16* (174)	38*** (134)	21** (134)		2o* (134)

	FPI2-1	FPI9-1	FPIE-1	FPIN-1	FPI2-2	FPI9-2	FPIE-2	FPIN-2	FPI2-3	FPI9-3	FPIE-3	FPIN-3
BFB4-1												2o* (1o4)
BFB1-2		23** (148)	-18* (148)	34*** (148)			-22** (148)	3o*** (148)		22* (134)		2o* (113)
BFB2-2				22** (145)				27*** (145)				26** (112)
BFB3-2	22** (148)	18* (148)			2o* (148)	16* (148)		3o*** (148)	32*** (113)			26** (113)
BFB4-2	18* (12o)	19* (12o)		28** (12o)								33*** (89)
BFB1-3												24** (136)
BFB2-3												24** (136)
BFB3-3								2o*	22** (136)			22** (136)
BFB4-3				2o* (1o7)			-19* (1o8)					32*** (1o7)

Fortsetzung Tabelle 3O:

	BPI1-1	BPI2-1	BPI3-1	BPI4-1	BPI5-1	BPI6-1	BPI1-2	BPI2-2	BPI3-2	BPI4-2	BPI5-2	BPI6-2
SES1-1	-2o** (169)	-18* (169)	-22** (169)	-3o*** (169)	-31*** (169)	15* (169)	-2o** (169)	-19* (169)	-23** (169)	-36*** (169)	-28*** (169)	21** (169)
SES2-1		22** (167)						23** (167)				
SES3-1	-29*** (165)		-28*** (165)	-27*** (165)	-25*** (165)		-27*** (165)		-34*** (165)	-33*** (165)	-21** (165)	
SES4-1	17* (166)	17* (166)	17* (166)	23** (166)	17* (166)	16* (166)	23** (166)	23** (166)	19** (166)	23** (166)		
SES5-1	18* (165)		22** (165)	22** (165)			24** (165)	24** (165)	25*** (165)	23** (165)		
SES6-1			26*** (169)						16* (169)			
SES7-1	-17* (165)	-2o** (165)	-22** (165)	-29*** (165)	-23** (165)		-19* (165)	-39*** (165)	-31*** (165)	-37*** (165)	-16* (165)	21** (165)
SES1-2	-32*** (168)	-15* (168)	-25*** (168)	-4o*** (168)	-33*** (168)		-4o*** (169)	-28*** (169)	-37*** (169)	-51*** (169)	-43*** (169)	23** (169)
SES2-2	18* (168)	26*** (168)	2o** (168)	21** (168)			19* (169)	41*** (169)	32*** (169)	24** (169)		
SES3-2	-33*** (168)		3o*** (168)	-32*** (168)	-32*** (168)		-42*** (169)	-25*** (169)	-4o*** (169)	-39*** (169)	-36*** (169)	
SES4-2	31*** (169)	2o** (169)	26** (169)	35*** (169)	29*** (169)		36*** (17o)	32*** (17o)	38*** (17o)	45*** (17o)	33*** (17o)	
SES5-2	17* (168)	22** (168)	24** (168)	27*** (168)			18* (169)	31*** (169)	26*** (169)	24*** (169)		-22** (169)
SES6-2	18* (168)		25*** (168)				19* (169)	22** (169)	35*** (169)	21** (169)		
SES7-2	-27*** (169)	-17* (169)	-27** (169)	-3o*** (169)			-38*** (17o)	-37*** (17o)	-38*** (17o)	-42*** (17o)	-39*** (17o)	

Fortsetzung Tabelle 30 :

	BPI1-1	BPI2-1	BPI3-1	BPI4-1	BPI5-1	BPI6-1	BPI1-2	BPI2-2	BPI3-2	BPI4-2	BPI5-2	BPI6-2
SES1-3	-21* (132)			-26** (132)	-31*** (132)		-22* (133)	-28*** (133)	-23** (133)	-26** (133)	-3o** (133)	
SES2-3	23** (132)	27** (132)	22* (132)	21* (132)	2o* (132)		23** (133)	23** (133)	27** (133)	21* (133)	27** (133)	
SES3-3			18* (132)	-18* (132)	-18* (132)				-31*** (133)	-19* (133)		
SES4-3	34*** (132)	19* (132)	32*** (132)	29*** (132)	21** (132)		34*** (133)	22** (133)	33*** (133)	27*** (133)	28*** (133)	
SES5-3			18* (132)						23** (133)			-2o* (133)
SES6-3			22* (132)					2o* (133)	24** (133)			
SES7-3								-29*** (133)	-18* (133)			
BFB1-1	25*** (172)	22** (172)	21** (172)	22** (172)	31*** (172)		23*** (172)	19* (172)	15* (172)	2o** (172)	29*** (172)	
BFB2-1		17* (172)	15* (172)	15* (172)	14* (172)		14* (172)					
BFB3-1	23*** (172)			24*** (172)	23*** (172)		22** (172)	13* (172)		28*** (172)	22** (172)	
BFB4-1	18* (137)		15* (137)		28*** (137)		2o* (137)				25** (137)	
BFB1-2	38*** (146)	33*** (146)	26*** (146)	3o*** (146)	26*** (146)		37*** (146)	34*** (146)	26*** (146)	32*** (146)	37*** (146)	
BFB2-2	24*** (143)	25*** (143)	21** (143)	23** (143)	14* (143)		25** (143)	28*** (143)	21** (143)	24** (143)	19* (143)	
BFB3-2	2o** (146)	14* (146)		2o** (146)	21** (146)		23** (146)	21** (146)	19* (146)	26*** (146)	26*** (146)	
BFB4-2	25** (118)	33*** (118)	3o*** (118)		33*** (118)		27** (118)	28*** (118)	22** (118)	16* (118)	31*** (118)	
BFB1-3	18* (134)						16* (135)		16* (135)		2o** (135)	
BFB2-3			16* (134)	25** (134)					15* (135)	17* (135)	17* (135)	
BFB3-3				16* (134)	18* (134)				17* (135)	23** (135)		
BFB4-3	19* (1o5)	22* (1o5)	33*** (1o5)	22* (1o5)	26** (1o5)		23* (1o6)	16* (1o6)	32*** (1o6)		27** (1o6)	

	SES1-1	SES2-1	SES3-1	SES4-1	SES5-1	SES6-1	SES7-1	SES1-2	SES2-2	SES3-2	SES4-2	SES5-2	SES6-2	SES7-2	SES1-3	SES2-3	SES3-3	SES4-3
BFB1-1	-17* (172)		-16* (168)	18* (169)				-16* (169)			15* (17o)					18* (132)		21** (132)
BFB2-1		16* (169)		18* (167)	24*** (167)				2o** (168)		24*** (169)	25*** (168)						
BFB3-1	-17* (172)		-21** (168)	2o** (169)	16* (168)		-21** (168)	-17* (169)	2o** (169)	-22** (169)	18** (17o)		24*** (169)	-26*** (17o)	-16* (132)		-21** (132)	
BFB4-1																18* (1o2)		31*** (1o2)
BFB1-2	-18* (143)		-23** (141)			17* (142)	-2o** (14o)	-22** (147)		-18* (147)	2o** (148)			-15* (148)		32*** (112)	-18* (112)	32*** (112)
BFB2-2					15* (136)		-21** (137)		25*** (144)		22** (145)	23** (145)	24*** (144)			2o* (11o)		19* (11o)
BFB3-2			-15* (141)				-15* (14o)	-3o*** (147)	23** (147)	-24** (147)	19* (148)	15* (148)	27*** (147)	-35*** (112)	-2o* (112)		-35*** (112)	21* (112)
BFB4-2			-17* (114)				-21* (114)	-18* (119)		-19* (119)				-16* (12o)		32*** (88)	-22* (88)	43*** (88)
BFB1-3			-21** (128)												-16* (135)	22** (135)		31*** (135)
BFB2-3		23** (129)		18* (135)											-19* (135)			19* (135)
BFB3-3			2o* (128)					-19* (135)	23** (135)	-23** (135)	17* (135)		27*** (135)	-26*** (135)	-32*** (135)	18* (135)	-32*** (135)	31*** (135)
BFB4-3	-27** (1o4)					2o* (1o3)				-18* (1o5)	21** (1o5)				-21* (1o5)	38*** (1o5)	-27** (1o5)	49*** (1o5)

Fortsetzung Tabelle 30.:

	SES5-3	SES6-3	SES7-3
BFB1-1	16* (132)		
BFB2-1		26*** (131)	
BFB3-1		2o* (132)	-2o* (132)
BFB4-1			
BFB1-2	22* (112)		
BFB2-2		28*** (11o)	
BFB3-2	28*** (112)		-26** (112)
BFB4-2			
BFB1-3	27*** (135)		
BFB2-3		44*** (135)	
BFB3-3	22** (135)		-24** (135)
BFB4-3	3o*** (1o5)	17* (1o5)	

	SES1-1	SES2-1	SES3-1	SES4-1	SES5-1	SES6-1	SES7-1
Arztr.1			32*** (167)		-3o*** (167)	-17* (171)	2o** (168)
Betr.r.	18* (173)		22** (168)				
Arztr.2	-24*** (167)			-17* (167)			

	SES1-2	SES2-2	SES3-2	SES4-2	SES5-2	SES6-2	SES7-2
Arztr.1	22** (171)	-21** (171)	29*** (171)	-3o*** (171)	-27*** (171)	-39*** (171)	25*** (171)
Betr.r.	24*** (173)		22** (173)	-18* (174)			16* (173)
Arztr.2	-23** (173)		15* (17o)				18* (173)

	Arztr.1	Betr.r.	Arztr.2.
BFB1-1			
BFB2-1	-17* (172)		
BFB3-1	-22* (173)	-18* (175)	
BFB4-1			
BFB1-2			
BFB2-2	-21* (144)		
BFB3-2	-21* (147)	-26*** (148)	
BFB4-2			

Tab. 31: Interkorrelationen zwischen den Variablen des Anamnestischen Erhebungsbogens, des Katamnestischen Erhebungsbogens, des Psychologischen Interviews und den medizinischen Variablen einerseits und den Variablen der psychologischen Fragebogen andererseits. Darstellung der signifikanten Korrelationskoeffizienten (r; bei p ≤ 05 +, ≤ 01 ++, ≤ 001 +++) und (jeweils in Klammer) der Stichprobengrößen (N). Polung siehe Grundauswertungstabelle 1 (umgekehrte Polung der HG-Variablen)

Tab.31a: Interkorrelationen zwischen Variablen des Anamnestischen Erhebungsbogens und Variablen der psychologischen Fragebogen

1 Alt.-

216	EzK1 Erw. befr.Ges.-Zust.	17+	(173)
237	HG3-1 Beacht.v. Krankh.anz.	-19+	(172)
240	HG2-2 Risikovermeid.	-19+	(172)
246	HG4-3 Mißtr.geg. eig.Körp.	-26++	(139)
247	FPI2-1 Aggr.	-26+++	(177)
248	FPI9-1 Offen.	-15+	(177)
249	FPIE-1 Extrav.	-17+	(177)
251	FPI2-2 Aggr.	-28+++	(178)
252	FPI9-2 Offen.	-15+	(178)
253	FPIE-2 Extrav.	-19+	(178)
255	FPI2-3 Aggr.	-25++	(137)
256	FPI9-3 Offen.	-17+	(137)
257	FPIE-3 Extrav.	-28+++	(137)
274	SES1-1 Geh. St.	-16+	(173)
281	SES1-2 Geh. St.	-15+	(173)
292	SES5-3 Trägh.	-17+	(136)
305	BFB3-3 Unzufr. Arb., Koll., Bez.	-23++	(138)

2 Alt.-Gr.-

242	HG4-2 Mißtr. geg.eig.Körp.	-17+	(139)
249	FPIE-1 Extrav.	-19+	(177)
251	FPI2-2 Aggr.	-21++	(178)
253	FPIE-2 Extrav.	-19+	(178)
257	FPIE-3 Extrav.	-26++	(137)

3 Geschl.-

216	EzK1 Erw. befr. Ges.-Zust.	17+	(173)
219	BdK1 Glob.subj. Kurerf.	-26+++	(175)
223	KKB1-1 Seel.psychosoz.Probl., Ps.-Th.	20++	(168)
224	KKB2-1 Streß u. Schon.	39+++	(168)
225	KKB3-1 Körperleid. u. Org.-Med.	15+	(167)
227	KKB1-2 Seel.psychosoz.Probl., Ps.-Th.	26+++	(172)
228	KKB2-2 Streß u. Schon.	19+	(173)
231	KKB1-3 Seel.psychosoz.Probl., Ps.-Th.	24++	(139)
236	HG2-1 Risikovermeid.	-18+	(175)
238	HG4-1 Mißtr.	-26+++	(175)
242	HG4-2 geg.eig.	-15+	(171)
246	HG4-3 Körp.	-20+	(139)
250	FPIN-1 Em. Lab.	22++	(177)
253	FPIE-2 Extrav.	-17+	(178)
254	FPIN-2 Em. Lab.	27++	(178)
258	FPIN-3 Em. Lab.	22++	(137)
259	BPI1-1 Geh.	30+++	(175)
261	BPI3-1 Nerv.	41+++	(176)
262	BPI4-1 Depr.	32+++	(175)
263	BPI5-1 Int.	30+++	(175)
265	BPI1-2 Geh.	26+++	(176)
266	BPI2-2 Err.	17+	(176)
267	BPI3-2 Nerv.	35+++	(176)
268	BPI4-2 Depr.	29+++	(176)
269	BPI5-2 Int.	20++	(176)
271	FBL1-1 Allg.	37+++	(171)
272	FBL1-2 Allg.	35+++	(175)
273	FBL1-3 Allg.	35+++	(139)
274	SES1-1 Geh. St.	-21++	(173)

3 Geschl.(Forts.)-

276	SES3-1 Akt.	-31+++	(168)
279	SES6-1 Müd.	17+	(172)
280	SES7-1 Ausg. St.	-36+++	(169)
281	SES1-2 Geh. St.	-15+	(173)
283	SES3-2 Akt.	-26+++	(173)
284	SES4-2 Gedr. St.	28+++	(175)
286	SES6-2 Müd.	22++	(173)
287	SES7-2 Ausg. St.	-25+++	(173)
290	SES3-3 Akt.	-25++	(136)
291	SES4-3 Gedr. St.	25++	(136)
293	SES6-3 Müd.	17+	(136)
297	BFB3-1 Unzufr. Arb., Koll., Bez.	22++	(175)
299	BFB1-2 Bel.i.Z. m.Ehe	19+	(148)
300	BFB2-2 Überford. Arb.	23++	(145)
301	BFB3-2 Unzufr. Arb., Koll., Bez.	24++	(148)
302	BFB4-2 Bel.i.Z. m.Kl.	19+	(120)
305	BFB3-3 Unzufr. Arb., Koll., Bez.	24+++	(138)
307	Pos.Kurerf., günst.Prog.Arzt (Arztr.1)	-40+++	(177)
308	Ps.ger.Auff.u. pos.Kurerf.Betr. (Betr.r.1)	-19+	(179)

4 Wohno.-

238	HG4-1 Mißtr.geg. eig.Körp.	-16+	(172)
303	BFB1-3 Bel.i.Z. m.Ehe	-19++	(136)

5 Fam.-St.-

216	EzK1 Erw. befr. Ges.-Zust.	17+	(173)
250	FPIN-1 Em. Lab.	19+	(177)
254	FPIN-2 Em. Lab.	20+	(178)
262	BPI4-1 Depr.	16+	(175)
266	BPI2-2 Err.	19+	(176)
268	BPI4-2 Depr.	17+	(176)

6 Ehep. ber.-tät.-

271	FBL1-1 Allg.	-23++	(143)
309	Psychosom.Gest. Arzt (Arztr.2)	-17+	(148)

7 Z. d. Kl.-

221	BdK3 Zufr.m.erh.-u.kommun.förd. Bed.	18+	(173)
221	BdK4 Pos.Bew. psych.Kurm.	18+	(171)
245	HG3-3 Beacht.v. Krankh.anz.	-17+	(136)
260	BPI2-1 Err.	18+	(172)
295	BFB1-1 Bel.i.Z. m.Ehe	32+++	(142)
298	BFB4-1 Bel.i.Z. m.Kl.	25++	(127)
299	BFB1-2 Bel.i.Z. m.Ehe	28+++	(145)
302	BFB4-2 Bel.i.Z. m.Kl.	31+++	(118)

7 Z. d. Kl.(Forts.)-

303	BFB1-3 Bel.i.Z. m.Ehe	23++	(135)
306	BFB4-3 Bel.i.Z. m.Kl.	27++	(107)

8 Nettoverd.-

219	BdK1 Glob.subj. Kurerf.	19+	(164)
223	KKB1-1 Seel.psychosoz. Probl.,	-25++	(157)
227	Ps.-Th.	-23++	(162)
235	HG1-1 Mißtr.geg. Ärzte u.Therap.	20++	(163)
236	HG2-1 Risikovermeid.	28+++	(164)
238	HG4-1 Mißtr.geg. eig.Körp.	36+++	(164)
239	HG1-2 Mißtr.geg. Ärzte u.Therap.	16+	(160)
242	HG4-2 Mißtr.geg.	19+	(161)
246	HG4-3 eig.Körp.	25++	(131)
253	FPIE-2 Extrav.	16+	(167)
254	FPIN-2 Em. Lab.	-27+++	(167)
259	BPI1-1 Geh.	-32+++	(164)
261	BPI3-1 Nerv.	-33+++	(164)
262	BPI4-1 Depr.	-26+++	(164)
263	BPI5-1 Int.	-27+++	(164)
265	BPI1-2 Geh.	-37+++	(165)
266	BPI2-2 Err.	-16+	(165)
267	BPI3-2 Nerv.	-32+++	(165)
268	BPI4-2 Depr.	-27+++	(165)
271	FBL1-1 Allg.	-31+++	(160)
272	FBL1-2 Allg.	-32+++	(164)
273	FBL1-3 Allg.	-27++	(131)
276	SES3-1 Akt.	25++	(157)
280	SES7-1 Ausg. St.	23++	(158)
281	SES1-2 Geh. St.	16+	(162)
282	SES2-2 Mißst.	-16+	(162)
283	SES3-2 Akt.	26++	(162)
284	SES4-2 Gedr. St.	-26+++	(163)
285	SES5-2 Trägh.	-20+	(161)
286	SES6-2 Müd.	-24++	(162)
287	SES7-2 Ausg. St.	25+++	(162)
295	BFB1-1 Bel.i.Z. m.Ehe	-26+++	(166)
301	BFB3-2 Unzufr. Arb., Koll., Bez.	-26++	(139)
302	BFB4-2 Bel.i.Z. m.Kl.	-23++	(112)
307	Pos.Kurerf., günst.Prog.Arzt (Arztr.1)	25+++	(166)
308	Ps.ger.Auff.u. pos.Kurerf.Betr. (Betr.r.)	19+	(168)

9 Volkssch.-

218	EzK3 Erw.natürl. Heilm.,Erf.-Zuv.	-33+++	(170)
224	KKB2-1 Streß u. Schon.	-17+	(165)
235	HG1-1 Mißtr.geg. Ärzte u.Therap.	-17+	(171)
236	HG2-1 Risikovermeid.	-15+	(173)
238	HG4-1 Mißtr.geg. eig.Körp.	-19+	(172)
245	HG3-3 Beacht.v. Krankh.anz.	-19+	(137)
247	FPI2-1 Aggr.	24++	(174)
283	SES3-2 Akt.	-19+	(170)
287	SES7-2 Ausg.St.	-21++	(170)

Fortsetzung Tabelle 31a:

15 Abg. Ber.-Ausb.-

219	BdK1 Glob.subj. Kurerf.	-29+++	(173)
224	KKB2-1 Streß u. Schon.	17+	(166)
235	HG1-1 Mißtr.geg. Ärzte u.Therap.	-18+	(172)
236	HG2-1 Risikovermeid.	-17+	(172)
237	HG3-1 Beacht.v. Krankh.anz.	-18+	(172)
238	HG4-1 Mißtr.geg.	-19+	(173)
242	HG4-2 eig.	-24++	(169)
246	HG4-3 Körp.	-17+	(131)
253	FPIE-2 Extrav.	-22++	(176)
254	FPIN-2 Em. Lab.	17+	(176)
259	BPI1-1 Geh.	31+++	(173)
261	BPI3-1 Nerv.	30+++	(173)
262	BPI4-1 Depr.	19+	(173)
263	BPI5-1 Int.	26+++	(173)
265	BPI1-2 Geh.	32+++	(174)
267	BPI3-2 Nerv.	32+++	(174)
268	BPI4-2 Depr.	25+++	(174)
269	BPI5-2 Int.	18+	(174)
271	FBL1-1 Allg.	24+++	(169)
272	FBL1-2 Allg.	30+++	(173)
273	FBL1-3 Allg.	19+	(138)
274	SES1-1 Geh. St.	-26+++	(171)
276	SES3-1 Akt.	-46+++	(166)
279	SES6-1 Müd.	16+	(170)
280	SES7-1 Ausg.St.	-34+++	(167)
281	SES1-2 Geh. St.	-22++	(171)
283	SES3-2 Akt.	-26++	(171)
284	SES4-2 Gedr.St.	27+++	(172)
285	SES5-2 Trägh.	15+	(170)
286	SES6-2 Müd.	32+++	(170)
287	SES7-2 Ausg.St.	-22++	(172)
297	BFB3-1 Unzufr.	19++	(173)
301	BFB3-2 Arb., Koll., Bez.	19+	(146)
307	Pos.Kurerf., günst.Prog.Arzt (Arztr.1)	-27+++	(175)
308	Ps.ger.Auff.u. pos.Kurerf.Betr. (Betr.r.)	-23+++	(177)

17 Z. bish. Arb.-Pl.-

232	KKB2-3 Streß u. Schon.	17+	(138)
287	SES7-2 Ausg. St.	15+	(171)

18 Arb. z. schwer-

235	HG1-1 Mißtr.geg. Ärzte u.Therap.	16+	(154)

19 Arb. nicht befried.-

218	EzK3 Erw.natürl. Heilm.,Erf.-Zuv.	19+	(154)
296	BFB2-1 Überford. Arb.	-16+	(154)
304	BFB2-3 Überford. Arb.	-23+	(119)

20 nicht gen. verd.-

228	KKB1-2 Seel.psy-	23++	(149)
231	KKB1-3 chosoz. Probl.,Ps.-Th.	21+	(118)
241	HG3-2 Beacht.v. Krankh.anz.	15+	(167)
243	HG1-3 Mißtr.geg. Ärzte u.Therap.	-18+	(119)
245	HG3-3 Beacht.v. Krankh.anz.	20+	(118)
258	FPIN-3 Em. Lab.	20+	(116)
261	BPI3-1 Nerv.	18+	(149)
262	BPI4-1 Depr.	16+	(149)
269	BPI5-2 Int.	21+	(150)
271	FBL1-1 Allg.	21+	(148)
279	SES6-1 Müd.	18+	(148)
284	SES4-2 Gedr. St.	17+	(150)
285	SES5-2 Trägh.	18+	(148)

20 nicht gen. verd.(Forts.)-

287	SES7-2 Ausg. St.	-18+	(149)
288	SES1-3 Geh. St.	-22+	(119)
295	BFB1-1 Bel.i.Z. m.Ehe	21+	(153)

21 entlass.-

224	KKB2-1 Streß u. Schon.	18+	(143)
244	HG2-3 Beacht.v. Krankh.anz.	30+++	(117)
301	BFB3-2 Unzufr. Arb., Koll., Bez.	-20+	(121)

22 Ber.-Tät. vor Kur-

224	KKB2-1 Streß u. Schon.	55+++	(166)
232	KKB2-3 Streß u. Schon.	20+	(138)
238	HG1-1 Mißtr.geg. Ärzte u.Therap.	-16+	(173)
244	HG2-3 Beacht.v. Krankh.anz.	21+	(138)
255	FPI2-3 Aggr.	32+++	(136)
267	BPI3-2 Nerv.	17+	(174)
271	FBL1-2 Allg.	22++	(169)
272	FBL1-2 Allg.	16+	(173)
273	FBL1-3 Allg.	23+++	(138)
274	SES1-1 Geh. St.	-17+	(171)
284	SES4-2 Gedr.St.	19+	(172)
290	SES3-3 Akt.	-22++	(135)
301	BFB3-2 Unzufr. Arb., Koll., Bez.	27+++	(146)
303	BFB1-3 Bel.i.Z. m.Ehe	18+	(137)
305	BFB3-3 Unzufr. Arb., Koll., Bez.	22+	(137)
307	Pos.Kurerf., günst.Prog.Arzt (Arztr.1)	-19+	(175)

23 Krankm. vor Kur-

238	HG4-1 Mißtr.geg.	48+	(18)
242	HG4-2 eig. Körp.	49+	(21)
255	FPI2-3 Aggr.	72++	(12)

24 Dauer Krankm.-

238	HG4-1 Mißtr.geg. eig. Körp.	-67+	(9)
243	HG1-3 Mißtr.geg. Ärzte u.Therap.	90++	(7)
244	HG2-3 Risikovermeid.	91++	(7)
274	SES1-1 Geh. St.	-76+	(9)
275	SES2-1 Mißst.	74+	(8)
286	SES6-2 Müd.	72+	(9)
290	SES3-3 Akt.	-77+	(7)
294	SES7-3 Ausg. St.	-77+	(7)

25 Arb.l. vor Kur-

235	HG1-1 Mißtr.geg. Ärzte u.Therap.	-60+	(17)

26 Dauer Arb.l.-

230	KKB4-2 Bel.unbefr.Arb.-Sit., H.z.Zufr.	-59+	(12)
247	FPI2-1 Aggr.	-66+	(12)
248	FPI9-1 Offen.	-62+	(12)
251	FPI2-2 Aggr.	-57+	(12)
252	FPI9-2 Offen.	-69+	(12)
300	BFB2-2 Überford. Arb.	-66+	(10)

29 Arb. Zt.-

226	KKB4-1 Bel.unbefr.Arb.-Sit., H.z.Zufr.	19+	(160)
227	KKB1-2 Seel.psychosoz.Probl., Ps.-Th.	-19+	(165)
229	KKB3-2 Körperleid.u.Org.-Med.	-20+	(164)
268	BPI4-2 Depr.	-13+	(168)
272	FBL1-2 Allg.	-17+	(167)
297	BFB3-1 Unzufr.	-22++	(167)
301	BFB3-2 Arb., Koll., Bez.	-24++	(140)

30 Schicht-

238	HG4-1 Mißtr.geg. eig. Körp.	-17+	(170)
249	FPIE-1 Extrav.	-20+	(174)
253	FPIE-2 Extrav.	-17+	(174)
254	FPIN-2 Em. Lab.	18+	(174)
257	FPIE-3 Extrav.	-21+	(135)
259	BPI1-1 Geh.	28+++	(171)
262	BPI4-1 Depr.	16+	(171)
265	BPI1-2 Geh.	23+++	(172)
267	BPI3-2 Nerv.	16+	(172)
268	BPI4-2 Depr.	17+	(172)
284	SES4-2 Gedr.St.	15+	(169)
293	SES6-3 Müd.	17+	(132)
297	BFB3-1 Unzufr. Arb., Koll., Bez.	17+	(171)

32 Körp. äuß. Bel.-

230	KKB4-2 Bel.unbefr.Arb.-Sit., H.z.Zufr.	17+	(170)
248	FPI9-1 Offen.	-19+	(174)
266	BPI2-2 Err.	-19+	(173)
296	BFB2-1 Überford.	-18+	(171)
300	BFB2-2 Arb.	-20+	(142)

33 Neb.-Tät.-

219	BdK1 Glob.subj. Kurerf.	-17+	(173)
220	Zufr.med.Unt.Beh	-16+	(173)
221	Zufr.m.erh.-u. kommun.förd.Bed.	-15+	(173)
222	Pos.Bew.psych. Kurm.	-21+	(173)
282	SES2-2 Mißst.	20+	(171)
289	SES2-3 Mißst.	-19+	(134)
295	BFB1-1 Bel.i.Z. m.Ehe	-22++	(172)
304	BFB2-3 Überford. Arb.	21+	(136)

34 Z.d.z.Erhol.gen.Krl.-T.-

218	EzK3 Erw.natürl. Heilm.,Erf.-Zuv.	17+	(166)
223	KKB1-1 Seel.psy-	-21++	(166)
227	KKB1-2 chosoz. Probl.,Ps.-Th.	-17+	(166)
249	FPIE-1 Extrav.	22++	(170)
257	FPIE-3 Extrav.	25++	(133)
259	BPI1-1 Geh.	-35+++	(168)
261	BPI3-1 Nerv.	-17+	(168)
262	BPI4-1 Depr.	-19+	(168)
263	BPI5-1 Int.	-27+++	(168)
265	BPI1-2 Geh.	-28+++	(170)
268	BPI4-2 Depr.	-19+	(170)
269	BPI5-2 Int.	-21+	(170)
274	SES1-1 Geh. St.	30+++	(166)
275	SES2-1 Mißst.	-17+	(164)
289	SES2-3 Mißst.	-31+++	(131)
295	BFB1-1 Bel.i.Z. m.Ehe	-19+	(168)
301	BFB3-2 Unzufr. Arb., Koll., Bez.	-13+	(141)

Fortsetzung Tabelle 31a:

36 Häufigk.d.Krankm.l. 2 J.-

228 KKB2-1 Streß u. 19+ (171)
232 KKB2-3 Schon. 21+ (138)
271 FBL1-1 Allg. 19+ (161)
308 Ps.ger.Auff.u. pos.Kurerf.Betr. (Betr.r.) -16+ (177)

37 Dauer d.Krankm.l. 2 J.-

216 EzK1 Erw.befr. Ges.-Zust. 18+ (171)
228 KKB2-2 Streß u. Schon. 21+ (171)
243 HG1-3 Mißtr.geg. Ärzte u.Therap. 34+++(138)
244 HG2-3 Risikovermeid. 38+++(138)
261 BPI3-1 Nerv. 22++ (173)
267 BPI3-2 Nerv. 19+ (174)
271 FBL1-1 Allg. 19+ (169)
272 FBL1-2 Allg. 17+ (173)
274 SES1-1 Geh. St. -15+ (171)
277 SES4-1 Gedr.St. 17+ (161)
279 SES6-1 Müd. 20++ (170)
284 SES4-2 Gedr.St. 17+ (172)
286 SES6-2 Müd. 19+ (171)
297 BFB3-1 Unzufr. 19+ (173)
301 BFB3-2 Arb., Koll., Bez. 25++ (146)
307 Pos.Kurerf., günst.Prog.Arzt (Arztr.1) -20++ (175)
308 Ps.ger.Auff.u. pos.Kurerf.Betr. (Betr.r.) -20++ (177)

38 Volkssch. Vater-

219 BdK1 Glob.subj. Kurerf. -15+ (167)
272 FBL1-2 Allg. 18+ (167)
285 SES5-2 Trägh. 29++ (164)
286 SES6-2 Müd. 21++ (165)

44 Abg. Ber.-Ausb. Vater-

226 KKB4-1 Bel.unbefr.Arb.-Sit., H.z.Zufr. -20++ (166)
238 HG4-1 Mißtr.geg. eig. Körp. -16+ (173)
244 HG2-3 Risikovermeid. -19+ (138)
246 HG4-3 Mißtr.geg. eig. Körp. -22++ (138)
261 BPI3-1 Nerv. 15+ (173)
280 SES7-1 Ausg.St. -17+ (167)

45 Z. d. Geschw.-

217 EzK2 Erw.Entl.v. allt.Anf., Ausspr., Kont. -16+ (169)
223 KKB1-1 Seel.psychosoz.Probl., Ps.-Th. -16+ (167)
258 FPIN-3 Em. Lab. 22++ (134)
302 BFB4-2 Bel.i.Z. m.Kl. -22+ (117)

46 Aufgew. Fam.-

236 HG2-1 Risikovermeid. -26+++(173)
247 FPI2-1 Aggr. 19+ (175)
255 FPI2-3 Aggr. 19+ (136)
268 BPI4-2 Depr. 15+ (174)
283 SES3-2 Akt. -16+ (173)
308 Ps.ger.Auff.u. pos.Kurerf.Betr. (Betr.r.) -31+++(177)

47 Aufgew. o. Vat.-

236 HG2-1 Risikovermeid. -16+ (171)
278 SES5-1 Trägh. 18+ (166)
304 BFB2-3 Überford. Arb. -18+ (137)

48 Aufgew. o. Mutt.-

308 Ps.ger.Auff.u. pos.Kurerf.Betr. (Betr.r.) 23++ (177)

49 Unehel.-

236 HG2-1 Risikovermeid. 15+ (171)
242 HG4-2 Mißtr.geg. eig.Körp. 16+ (167)
251 FPI2-2 Aggr. 15+ (174)
265 BPI1-2 Geh. -15+ (172)

50 Aufgew. o. Elt.-

236 HG2-1 Risikovermeid. 19+ (171)
279 SES6-1 Müd. 16+ (168)
308 Ps.ger.Auff.u. pos.Kurerf.Betr. (Betr.r.) 18+ (175)

51 Aufgew. b. Verw.-

236 HG2-1 Risikovermeid. 21++ (173)
238 HG4-1 Mißtr.geg. eig.Körp. 15+ (173)
266 BPI2-1 Err. 16+ (173)
286 SES6-2 Müd. 17+ (171)
308 Ps.ger.Auff.u. pos.Kurerf.Betr. (Betr.r.) 27+++(177)

52 Aufgew. Heim-

237 HG3-1 Beacht.v. Krankh.anz. 15+ (171)
248 FPI9-1 Offen. 18+ (172)
274 SES1-1 Geh. St. 16+ (169)
281 SES1-2 Geh. St. 16+ (168)
283 SES3-2 Akt. 20++ (168)

53 Wo aufgew.-

259 BPI1-1 Geh. -17+ (171)
261 BPI3-1 Nerv. -17+ (171)
271 FBL1-1 Allg. -19+ (167)
274 SES1-1 Geh. St. 18+ (169)
276 SES3-1 Akt. 21++ (164)
281 SES1-2 Geh. St. 16+ (169)
288 SES1-3 Geh. St. 17+ (134)
295 BFB1-1 Bel.i.Z. m.Ehe -18+ (148)
303 BFB1-3 Bel.i.Z. m.Ehe -18+ (136)

54 St. Erhol./T.

224 KKB2-1 Überford. Arb. -16+ (162)
230 KKB4-2 Bel.unbefr.Arb.-Sit., H.z.Zufr. -20++ (167)
231 KKB1-3 Seel.psy- -21+ (135)
232 KKB2-3 chosoz. Probl., Ps.-Th. -21+ (135)
250 FPIN-1 Em. Lab. -20++ (171)
260 BPI2-1 Err. -22++ (169)
261 BPI3-1 Nerv. -17+ (169)
263 BPI5-1 Int. -18+ (169)
266 BPI2-2 Err. -24+++(170)
267 BPI3-2 Nerv. -19+ (170)
268 BPI4-2 Depr. -16+ (170)
270 BPI6-2 Lüg. -20++ (170)
274 SES1-1 Geh. St. 20++ (167)
288 SES1-3 Geh. St. 36+++(132)
289 SES2-3 Mißst. -29+++(132)
290 SES3-3 Akt. 21+ (132)
291 SES4-3 Gedr.St. -32+++(132)
293 SES6-3 Müd. -22+ (132)
294 SES7-3 Ausg.St. 24++ (132)
295 BFB1-1 Bel.i.Z. m.Ehe -15+ (169)
296 BFB2-1 Überford. Arb. -26++ (168)
299 BFB1-2 Bel.i.Z. m.Ehe -27+++(147)
300 BFB2-2 Überford. Arb. -34+++(139)

54 St. Erhol./T. (Forts.)-

302 BFB4-2 Bel.i.Z. m.Kl. -22+ (115)
305 BFB2-3 Überford. Arb. -27++ (134)
306 BFB4-2 Bel.i.Z. m.Kl. -21+ (134)
309 Psychosom.Gest. Arzt (Arztr.2) 15+ (173)

55 Überwieg.Freiz.-Gest.-

219 BdK1 Glob.subj. Kurerf. -16+ (170)
228 KKB2-2 Streß u. Schon. 20+ (168)
231 KKB1-3 Seel.psychosoz.Probl., Ps.-Th. -17+ (136)
253 FPIE-2 Extrav. -15+ (173)
259 BPI1-1 Geh. 24++ (170)
261 BPI3-1 Nerv. 24++ (170)
262 BPI4-1 Depr. 22++ (170)
265 BPI1-2 Geh. 24++ (171)
267 BPI2-2 Err. 22+ (171)
268 BPI4-2 Depr. 19+ (171)
271 FBL1-1 Allg. 20+ (166)
272 FBL1-2 Allg. 23+ (170)
276 SES3-1 Akt. -19+ (164)
280 SES7-1 Ausg.St. -17+ (175)
284 SES4-2 Gedr.St. 20++ (169)
296 BFB2-1 Überford. Arb. 20++ (169)
300 BFB2-2 Überford. Arb. 25++ (140)
307 Pos.Kurerf., günst. Prog.Arzt (Arztr.1) -24++ (172)
308 Ps.ger.Auff.u. pos.Kurerf.Betr. (Betr.r.) -19+ (174)

56 Erhol.-Gef.n.Wochene.-

219 BdK1 Glob.subj. Kurerf. -15+ (172)
223 KKB1-1 Seel.psy- 16+ (165)
227 KKB1-2 chosoz. Probl.,Ps.-Th. 24++ (170)
228 KKB2-2 Streß u. Schon. 20++ (170)
231 KKB1-3 Seel.psychosoz.Probl., Ps.-Th. 22++ (138)
232 KKB2-3 Streß u. Schon. 17+ (138)
235 HG1-1 Mißtr.geg. -21++ (171)
239 HG1-2 Ärzte u. Therap. -20++ (168)
241 HG3-2 Beacht.v. Krankh.anz. 16+ (169)
250 FPIN-1 Em. Lab. 23++ (174)
258 FPIN-3 Em. Lab. 27++ (136)
261 BPI3-1 Nerv. 24++ (170)
262 BPI4-1 Depr. 23++ (173)
267 BPI3-2 Nerv. 23++ (173)
268 BPI4-2 Depr. 21++ (173)
270 BPI6-2 Lüg. 21++ (173)
271 FBL1-1 Allg. 27+++(168)
273 FBL1-3 Allg. 25++ (138)
274 SES1-1 Geh. St. -27++ (170)
276 SES3-1 Akt. -24++ (165)
282 SES2-2 Mißst. 19+ (170)
283 SES3-2 Akt. -17+ (170)
285 SES5-2 Trägh. 22++ (170)
287 SES7-2 Ausg.St. -24++ (170)
290 SES3-3 Akt. -20+ (135)
291 SES4-3 Gedr.St. 25++ (135)
297 BFB3-1 Unzufr. Arb., Koll., Bez. 33+++(172)
307 Pos.Kurerf., günst.Prog.Arzt (Arztr.1) -17+ (174)
308 Ps.ger.Auff.u. pos.Kurerf.Betr. (Betr.r.) -22++ (176)

Fortsetzung Tabelle 31a:

56 Erhol.-Gef.n.Wochene.(Forts.)-

309 Psychosom.Gest. Arzt (Arztr.2) -18+ (176)

57 Erhol.-Gef.n.Url.-

219 BdK1 Glob.subj. Kurerf. -24++ (172)
235 HG1-1 Mißtr.geg. Ärzte u.Therap. -20++ (171)
248 FPI9-1 Offen. 17+ (174)
249 FPIE-1 Extrav. -17+ (174)
250 FPIN-1 Em. Lab. 17+ (174)
252 FPI9-2 Offen. 19+ (175)
260 BPI2-2 Err. 19++ (172)
261 BPI3-1 Nerv. 25+++(163)
262 BPI4-1 Depr. 18+++(172)
263 BPI5-1 Int. 20++ (162)
265 BPI1-2 Geh. 27+++(173)
266 BPI2-2 Err. 24+++(173)
267 BPI4-2 Nerv. 28+++(173)
268 BPI4-2 Depr. 30+++(173)
269 BPI5-2 Int. 20+ (173)
274 SES1-1 Geh. St. -22++ (170)
276 SES3-1 Akt. -22++ (165)
281 SES1-2 Geh. St. -26+++(170)
282 SES2-2 Mißst. 23++ (170)
283 SES3-2 Akt. -24++ (170)
285 SES5-2 Trägh. 27+++(170)
286 SES6-2 Müd. 17+ (170)
288 SES1-3 Geh. St. -22++ (170)
290 SES3-3 Akt. -19+ (135)
291 SES4-3 Gedr.St. 17+ (135)
297 BFB3-1 Unzufr. Arb.,Koll.,Bez. 28+++(172)
300 BFB2-2 Überford. Arb. 27+++(142)
301 BFB3-2 Unzufr. 31+++(145)
305 BFB3-3 Arb., Koll., Bez. 22++ (127)
307 Pos.Kurerf., günst.Prog.Arzt (Arztr.1) -20++ (174)

58 St. Schlaf-

222 BdK4 Pos.Bew. psych.Kurm. -17+ (170)
223 KKB1-1 Seel.psychosoz.Probl., Ps.-Th. 16+ (165)
224 KKB2-1 Streß u. Schon. 15+ (165)
227 KKB1-2 Seel.psychosoz.Probl., Ps.-Th. 20+ (170)
228 KKB2-2 Streß u. Schon. 21+ (170)
230 KKB4-2 Bel.unbefr.Arb.-Sit., H.z.Zufr. 20+ (170)
274 SES1-1 Geh. St. -24++ (169)
295 BFB1-1 Bel.i.Z. m.Ehe -16+ (170)
300 BFB2-2 Überford. Arb. -17+ (141)
307 Pos.Kurerf., günst.Prog.Arzt Arztr.1) -20++ (174)
309 Psychosom.Gest. Arzt (Arztr.2) 16+ (174)

59 Morg. ausgeschl.-

223 KKB1-1 Seel.psychosoz.Probl., Ps.-Th. 25+++(165)
224 KKB2-1 Streß u. Schon. 29+++(165)
227 KKB1-2 Seel.psychosoz.Probl., Ps.-Th. 22++ (170)
245 HG3-3 Beacht.v. Krankh.anz. 23++ (137)

59 Morg. ausgeschl.(Forts.)-

250 FPIN-1 Em. Lab. 25+++(174)
259 BPI1-1 Geh. 16+ (172)
260 BPI2-1 Err. 16+ (172)
261 BPI3-1 Nerv. 22++ (172)
262 BPI4-1 Depr. 31+++(172)
264 BPI6-1 Lüg. 20++ (172)
268 BPI4-2 Depr. 25+++(173)
271 FBL1-1 Allg. 32+++(168)
272 FBL1-2 Allg. 23+++(173)
274 SES1-1 Geh. St. -17+ (170)
276 SES3-1 Akt. -15+ (165)
280 SES7-1 Ausg.St. -16+ (166)
284 SES4-2 Gedr.St. 19+ (171)
296 BFB2-1 Überford. Arb. 19+ (171)
297 BFB3-1 Unzufr. 15+ (171)
301 BFB3-2 Arb., Koll., Bez. 20+ (145)
309 Psychosom.Gest. Arzt (Arztr.2) -18+ (176)

60 Schlafstör.-

217 EzK2 Erw.Entl.v. allt.Anf.,Ausspr., Kont. -16+ (171)
223 KKB1-1 Seel.psy- -24+++(165)
227 KKB1-2 chosoz. Probl., Ps.-Th. -26+++(171)
230 KKB4-2 Bel.unbefr.Arb.-Sit., H.z.Zufr. -17+ (171)
248 FPI9-1 Offen. -16+ (175)
249 FPIE-1 Extrav. 16+ (175)
250 FPIN-1 Em. Lab. -30+++(175)
253 FPIE-2 Extrav. 15+ (176)
254 FPIN-2 Em. Lab. -25+++(176)
259 BPI1-1 Geh. -19+ (173)
260 BPI2-1 Err. -32+++(173)
261 BPI3-1 Nerv. -26+++(173)
262 BPI4-1 Depr. -27+++(173)
264 BPI6-1 Lüg. -21++ (173)
265 BPI1-2 Geh. -20++ (174)
266 BPI2-1 Err. -19+ (174)
267 BPI3-1 Nerv. -31+++(174)
268 BPI4-1 Depr. -30+++(174)
269 BPI5-1 Int. -20+ (173)
271 FBL1-1 Allg. -16+ (169)
272 FBL1-2 Allg. -16+ (173)
282 SES2-2 Mißst. 24++ (174)
309 Psychosom.Gest. Arzt (Arztr.2) 15+ (177)

61 Warme Mahlz.-

228 KKB2-2 Streß u. Schon. -16+ (170)
250 FPIN-1 Em. Lab. -16+ (175)
251 FPI2-2 Aggr. 15+ (176)
254 FPIN-2 Em. Lab. -15+ (176)
261 BPI3-1 Nerv. -20++ (173)
271 FBL1-1 Allg. -17+ (169)
272 FBL1-2 Allg. -19+ (173)
276 SES3-1 Akt. 16+ (166)
279 SES6-1 Müd. -20++ (170)
280 SES7-1 Ausg.St. 22+ (167)
281 SES2-2 Mißst. -23++ (173)
284 SES4-2 Gedr.St. 16+ (171)
286 SES6-2 Müd. -16+ (171)
299 BFB1-2 Bel.i.Z. m.Ehe -17+ (146)
302 BFB4-2 Bel.i.Z. m.Ki. -22+ (118)

62 Kaffee- bzw. Teekons./T.-

223 KKB1-1 Seel.psychosoz.Probl., Ps.-Th. -17+ (166)
225 KKB3-1 Körperleid.u.Org.-Med. -17+ (175)
228 KKB2-2 Streß u. Schon. 20++ (171)
274 SES1-1 Geh. St. -17+ (171)
293 SES6-3 Müd. 25++ (136)

63 Bierkons./Wo.-

224 KKB2-1 Streß u. Schon. -20++ (164)
235 HG1-1 Mißtr.geg. Ärzte u.Therap. 21+ (137)
261 BPI3-1 Nerv. -21+ (171)
262 BPI4-1 Depr. -15+ (171)
265 BPI1-2 Geh. -17+ (172)
267 BPI3-2 Nerv. -20++ (172)
268 BPI4-2 Depr. -16+ (172)
269 BPI5-2 Int. -17+ (172)
274 SES1-1 Geh. St. 17+ (170)
290 SES3-3 Akt. 23++ (134)

64 Weinkons./Wo.-

235 HG1-1 Mißtr.geg. Ärzte u.Therap. 21+ (137)
263 BPI5-1 Int. -16+ (173)
274 SES1-1 Geh. St. 26++ (171)
278 SES5-1 Trägh. 17+ (166)
284 SES4-2 Gedr.St. -18+ (172)

65 Kons.hochproz.Getr./Wo.-

225 KKB3-1 Körperleid.u.Org.-Med. 16+ (164)
235 HG1-1 Mißtr.geg. Ärzte u.Therap. 16+ (172)
265 BPI1-2 Geh. -17+ (173)
268 BPI4-2 Depr. -21+ (173)

66 Rauch.-

228 KKB2-2 Streß u. Schon. 19+ (171)
249 FPIE-1 Extrav. -15+ (175)
251 FPI2-2 Aggr. -19+ (176)
257 FPIE-3 Extrav. -21+ (136)
261 BPI3-1 Nerv. 19+ (173)
263 BPI5-1 Int. 16+ (173)
265 BPI1-2 Geh. 16+ (172)
267 BPI3-2 Nerv. 16+ (174)
269 BPI5-2 Int. 19+ (174)
272 FBL1-2 Allg. 17+ (173)
288 SES1-3 Geh. St. -21+ (135)
290 SES3-3 Akt. -22++ (135)
294 SES7-3 Ausg.St. 18+ (135)

67 J. Rauch.-

251 FPI2-2 Aggr. -30+ (58)
283 SES3-2 Akt. 40++ (56)
287 SES7-2 Ausg. St. 49++ (56)
291 SES4-3 Gedr.St. -36+ (44)
292 SES5-3 Trägh. -32+ (44)
294 SES7-3 Ausg.St. 33+ (44)
305 BFB3-3 Unzufr. Arb., Koll., Bez. -46++ (44)

69 J. ger.-

231 KKB1-3 Seel.psychosoz.Probl., Ps.-Th. 43+ (26)
254 FPIN-2 Em. Lab. 40+ (32)
288 SES1-3 Geh. St. -40+ (26)
289 SES2-3 Mißst. 41+ (26)

70 Zigarett./T.-

217 EzK2 Erw.Entl.v. allt.Anf.,Ausspr., Kont. -22+ (86)
223 KKB1-1 Seel.psy. -25+ (85)
231 KKB1-3 chosoz. Probl.,Ps.-Th. -24+ (69)
253 FPIE-2 Extrav. 30++ (87)
281 SES1-2 Geh. St. 24+ (35)

74 Schlaftbl.i.l.J.-

223 KKB1-1 Seel.psy- 16+ (165)
227 KKB1-2 chosoz. 25+++(170)
231 KKB1-3 Probl., Ps.-Th. 25++ (138)

Fortsetzung Tabelle 31a:

74 Schlaftbl.i.l.J.(Forts.)-

234	KKB4-3	Bel.unbefr.Arb.-Sit., H.z.Zufr.	27+++(138)
235	HG1-1	Mißtr.geg. Ärzte u.Therap.	-23++ (171)
239	HG1-2	Mißtr.geg. Ärzte u.Therap.	-27+++(168)
241	HG3-2	Beacht.v. Krankh.anz.	15+ (169)
242	HG4-2	Mißtr.geg. eig.Körp.	-21+ (161)
243	HG1-3	Mißtr.geg. Ärzte u.Therap.	-22+ (138)
249	FPIE-1	Extrav.	28+++(174)
250	FPIN-1	Em. Lab.	21++ (174)
253	FPIE-2	Extrav.	20++ (175)
254	FPIN-2	Em. Lab.	22++ (174)
258	FPIN-3	Em. Lab.	26++ (136)
259	BPI1-1	Geh.	16+ (172)
260	BPI2-1	Err.	22++ (172)
261	BPI3-1	Nerv.	22++ (172)
262	BPI4-1	Depr.	24++ (172)
266	BPI2-2	Err.	20++ (173)
267	BPI3-2	Nerv.	26+++(173)
268	BPI4-2	Depr.	23++ (173)
270	BPI6-2	Lüg.	15+ (173)
271	FBL1-1	Allg.	28+++(168)
272	FBL1-2	Allg.	20++ (172)
273	FBL1-3	Allg.	27+++(138)
274	SES1-1	Geh. St.	-17+ (170)
276	SES3-1	Akt.	-26+++(165)
277	SES4-1	Gedr.St.	22++ (167)
282	SES2-2	Mißst.	25+++(170)
284	SES4-2	Gedr.St.	20++ (171)
286	SES6-2	Müd.	22++ (170)
288	SES1-3	Geh. St.	20+ (135)
291	SES4-3	Gedr.St.	21+ (139)
293	SES6-3	Müd.	26++ (135)
297	BFB3-1	Unzufr. Arb., Koll., Bez.	20+ (172)
299	BFB1-2	Bel.i.Z. m.Ehe	19+ (145)
301	BFB3-2	Unzufr.	19+ (145)
305	BFB3-3	Arb., Koll., Bez.	32+++(137)
306	BFB4-3	Bel.i.Z. m.Kl.	19+ (137)
308		Ps.ger.Auff.u. pos.Kurerf.Betr. (Betr.r.)	-17+ (176)

75 Beruh.tbl.i.l.J.-

217	EzK2	Erw.Entl.v. allt.Anf.,Ausspr., Kont.	25++ (170)
227	KKB1-2	Seel.psy-	30+++(170)
231	KKB1-3	chosoz. Probl.,Ps.-Th.	22+ (138)
242	HG4-2	Mißtr.geg. eig.Körp.	-21++ (168)
243	HG1-3	Mißtr.geg. Ärzte u.Therap.	-17+ (138)
246	HG4-3	Mißtr.geg. eig.Körp.	-18+ (138)
250	FPIN-1	Em. Lab.	24++ (174)
253	FPIE-2	Extrav.	18+ (175)
254	FPIN-2	Em. Lab.	32+++(179)
257	FPIE-3	Extrav.	24++ (136)
265	BPI1-2	Geh.	17+ (173)
266	BPI2-2	Err.	28+ (173)
267	BPI3-2	Nerv.	29+++(173)
268	BPI4-2	Depr.	26+++(173)
271	FBL1-1	Allg.	19+ (168)
272	FBL1-2	Allg.	17+ (172)
273	FBL1-3	Allg.	20+ (138)
276	SES3-1	Akt.	-20+ (165)
277	SES4-1	Gedr.St.	19+ (167)
279	SES6-1	Müd.	15+ (169)
282	SES2-2	Mißst.	17+ (170)
287	SES7-2	Ausg.St.	-18+ (170)

75 Beruh.tbl.i.l.J.(Forts.)-

299	BFB1-2	Bel.i.Z. m.Ehe	21+ (145)
307		Pos.Kurerf., günst.Prog.Arzt (Arztr.1)	-16+ (173)
308		Ps.ger.Auff.u. pos.Kurerf.Betr. (Betr.r.)	-17+ (176)

76 Schmerztbl.i.l.J.-

230	KKB4-2	Bel.unbefr.Arb.-Sit., H.z.Zufr.	-19+ (170)
238	HG4-1	Mißtr.geg. eig.Körp.	-22++ (172)
261	BPI3-1	Nerv.	25+++(172)
267	BPI3-2	Nerv.	20++ (173)
271	FBL1-1	Allg.	27+++(172)
287	SES7-2	Ausg.St.	-15+ (170)

77 Aufputschtbl.i.l.J.-

237	HG3-1	Beacht.v. Krankh.anz.	16+ (170)
240	HG2-2	Risikovermeid.	22++ (167)
307		Pos.Kurerf., günst.Prog.Arzt (Arztr.1)	16+ (172)

78 Abführtbl.i.l.J.-

238	HG4-1	Mißtr.geg. eig.Körp.	-18+ (172)
241	HG3-2	Beacht.v. Krankh.anz.	16+ (169)
259	BPI1-1	Geh.	30++ (173)
261	BPI3-1	Nerv.	29++ (172)
262	BPI4-1	Depr.	19+ (172)
263	BPI5-1	Int.	20+ (172)
265	BPI1-2	Geh.	17+ (170)
267	BPI3-2	Nerv.	28+++(173)
282	SES2-2	Mißst.	18+ (170)
284	SES4-2	Gedr.St.	17+ (171)
286	SES6-2	Müd.	18+ (170)
289	SES2-3	Mißst..	21+ (134)
290	SES3-3	Akt.	-17+ (134)
305	BFB3-3	Unzufr. Arb., Koll., Bez.	17+ (136)

79 Sonst.Med.i.l.J.-

237	HG3-1	Beacht.v. Krankh.anz.	-16+ (170)
242	HG4-2	Mißtr.geg.	-17+ (166)
246	HG4-3	eig.Körp.	-27++ (135)
257	FPIE-3	Extrav.	-17+ (133)
259	BPI1-1	Geh.	18+ (169)
261	BPI3-1	Nerv.	16+ (169)
265	BPI1-2	Geh.	17+ (170)
267	BPI3-2	Nerv.	16+ (170)

80 Z.bish.Krankenh.aufenth.-

223	KKB1-1	Seel.psychosoz.Probl., Ps.-Th.	18+ (166)
226	KKB4-1	Bel.unbefr.Arb.-Sit., H.z.Zufr.	17+ (166)
231	KKB1-3	Seel.psychosoz.Probl., Ps.-Th.	22++ (138)
261	BPI3-1	Nerv.	16+ (173)
262	BPI4-1	Depr.	27+++(173)
263	BPI5-1	Int.	26+++(173)
268	BPI4-2	Depr.	17+ (174)
269	BPI5-2	Int.	19+ (174)
271	FBL1-1	Allg.	15+ (169)
274	SES1-1	Geh. St.	-18+ (171)
280	SES7-1	Ausg.St.	-22+ (167)

80 Z.bish.Krankenh.aufenth. (Forts.)-

297	BFB3-1	Unzufr. Arb., Koll., Bez.	26+++(173)
298	BFB4-1	Bel.unbefr.Arb.-Sit., H.z.Zufr.	21+ (137)
305	BFB3-3	Unzufr. Arb., Koll., Bez.	22+ (137)
307		Pos.Kurerf., günst.Prog.Arzt (Arztr.1)	-20+ (174)

81 Z.bish.Operat.-

226	KKB4-1	Bel.unbefr.Arb.-Sit., H.z.Zufr.	15+ (166)
263	BPI5-1	Int.	21++ (173)
265	BPI5-2	Int.	15+ (174)
303	BFB1-3	Bel.i.Z. m.Ehe	18+ (137)
305	BFB3-3	Unzufr. Arb., Koll., Bez.	17+ (137)

82 Z.bish.Kuraufenth. (Erstkurg./Kurwiederh.)-

227	KKB1-2	Seel.psychosoz.Probl., Ps.-Th.	15+ (170)
236	HG2-1	Risikovermeid.	-20++ (172)
241	HG3-2	Beacht.v. Krankh.anz.	-19+ (169)
308		Ps.ger.Auff.u. pos.Kurerf.Betr. (Betr.r.)	-25+++(176)

83 Beurt.Leb.-Führ.ges.-

223	KKB1-1	Seel.psychosoz.Probl., Ps.-Th.	20++ (166)
244	HG2-3	Risikovermeid.	17+ (138)
251	FPI2-2	Aggr.	18+ (176)
255	FPI2-3	Aggr.	20+ (136)
271	FBL1-1	Allg.	20+ (169)
280	SES7-1	Ausg.St.	-24++ (167)
295	BFB1-1	Bel.i.Z. m.Ehe	17+ (173)
296	BFB2-1	Überford. Arb.	16+ (172)
298	BFB4-1	Bel.unbe-	22++ (137)
306	BFB4-3	fr.Arb.-Sit., H.z.Zufr.	19+ (107)
307		Pos.Kurerf., günst. Prog.Arzt (Arztr.1)	-16+ (175)
308		Ps.ger.Auff.u. pos.Kurerf.Betr. (Betr.r.)	15+ (177)

Tab. 31b: Interkorrelationen zwischen Variablen des Katamnestischen Erhebungsbogens und Variablen der psychologischen Fragebogen

∑ 84, 85, 86 Katamnest.BdK-

219	BdK1 Glob.subj. Kurerf.	42+++	(139)
220	BdK2 Zufr.med. Unt.Beh.	20+	(139)
221	BdK3 Zufr.m.erh.- u.kommun.förd. Bed.	31+++	(139)
222	BdK4 Pos.Bew. psych.Kurm.	19+	(139)
232	KKB2-3 Streß u. Schon.	-25++	(139)
238	HG4-1 Mißtr.geg.	17+	(135)
242	HG4-2 eig.Körp.	24++	(135)
272	FBL1-2 Allg.	-26++	(137)
273	FBL1-3 Allg.	-31+++	(138)

87 Psych.Kurkl.arb.-

217	EzK2 Erw.Entl.v. allt.Anf.,Aus-spr., Kont.	-26++	(134)
222	BdK4 Pos.Bew. psych.Kurm.	-18+	(134)
223	KKB1-1 Seel.psy-		
227	KKB1-2 chosoz. Probl.,Ps.-Th.	-17+	(134)
253	FPIE-2 Extrav.	22+	(133)
257	FPIE-3 Extrav.	18+	(134)
269	BPI5-2 Int.	-22++	(139)

88 Morg.gymn.Häufigk.-

252	FPI9-2 Offen.	-17+	(134)

89 Morg.gymn.Dauer-

219	BdK1 Glob.subj. Kurerf.	27++	(135)
220	BdK2 Zufr.med. Unt.Beh.	22++	(135)
221	BdK3 Zufr.m.erh.- u.kommun.förd. Bed.	25++	(135)
223	KKB1-1 Seel.psy-chosoz.Probl., Ps.-Th.	-20+	(135)
224	KKB2-1 Streß u. Schon.	-31+++	(135)
225	KKB3-1 Körper-leid.u.Org.-Med.	-27++	(135)
226	KKB4-1 Bel.unbe-fr.Arb.-Sit., H.z.Zufr.	-20+	(135)
247	FPI2-1 Aggr.	20+	(133)

91 Wand.Dauer-

227	KKB1-2 Seel.psy-chosoz.Probl., Ps.-Th.	-21+	(135)
238	HG4-1 Mißtr.geg.	21+	(132)
242	HG4-2 eig.Körp.	20+	(131)
260	BPI2-1 Err.	-17+	(131)
261	BPI3-1 Nerv.	-22++	(131)
262	BPI4-1 Depr.	-19+	(131)
265	BPI1-2 Gen.	-17+	(132)
266	BPI2-2 Err.	-27++	(132)
267	BPI3-2 Nerv.	-21+	(132)
268	BPI4-2 Depr.	-23++	(132)

92 Schwimm. Häufigk.-

220	BdK2 Zufr.med. Unt.Beh.	18+	(135)
221	BdK3 Zufr.m.erh.- u.kommun.förd.Bed.	19+	(135)
222	BdK4 Pos.Bew. psych.Kurm.	24++	(135)
223	KKB1-2 Seel.psy-chosoz.Probl., Ps.-Th.	-28+++	(135)
224	KKB2-2 Streß u. Schon.	-28+++	(135)
225	KKB3-2 Körper-leid.u.Org.-Med.	-29+++	(135)

92 Schwimm. Häufigk.(Forts.)-

226	KKB4-2 Bel.unbe-fr.Arb.-Sit., H.z.Zufr.	-26++	(135)

93 Schwimm. Dauer-

219	BdK1 Glob.subj. Kurerf.	22++	(135)
220	BdK2 Zufr.med. Unt.Beh.	26++	(135)
221	BdK3 Zufr.m.erh. u.kommun.förd.Bed.	22++	(134)
222	BdK4 Pos.Bew. psych.Kurm.	24++	(135)
242	HG4-2 Mißtr.geg. eig.Körp.	22+	(131)
252	FPI9-2 Offen.	-19+	(134)
272	FBL1-2 Allg.	-20+	(133)

95 Hautbürst. Dauer-

283	SES3-2 Akt.	-20+	(132)
285	SES5-2 Trägh.	25++	(131)
287	SES7-2 Ausg.St.	-19+	(131)

96 Entspann. Häufigk.-

292	SES6-3 Müd.	-21+	(132)

97 Entspann. Dauer-

295	BFB1-1 Bel.i.Z. m.Ehe	29+++	(132)
299	BFB1-2 Bel.i.Z. m.Ehe	24++	(110)
303	BFB1-3 Bel.i.Z. m.Ehe	18+	(134)
289	SES2-3 Mißst.	20+	(132)
291	SES4-3 Gedr.St.	25++	(132)

98 Ernähr.beibeh.-

220	BdK2 Zufr.med. Unt.Beh.	19+	(136)
240	HG2-2 Risikover-meid.	-22+	(133)
245	HG3-3 Beacht.v. Krankh.anz.	-28+++	(136)
285	SES5-2 Trägh.	-28+++	(133)
292	SES5-3 Trägh.	-20+	(135)
293	SES6-3 Müd.	-17+	(135)

99 Psych.Behandl.hilfr.-

223	KKB1-1 Seel.psy-chosoz.Probl., Ps.-Th.	44+	(21)
262	BPI4-1 Depr.	49+	(22)
287	SES7-2 Ausg.St.	43+	(22)
290	SES3-3 Akt.	42+	(22)

100 wen. gehetzt-

218	EzK3 Erw.natürl. Heilm.,Erf.-Zuv.	51+	(21)
307	Pos.Kurerf., günst.Prog.Arzt (Arztr.1)	50+	(22)

101 weiß eher was tun und kann-

219	BdK1 Glob.subj. Kurerf.	42+	(22)
229	KKB3-2 Körper-leid.u.Org.Med.	-49+	(22)
283	SES2-3 Akt.	42+	(22)

102 im Umg.m.a.Mensch.ruh.-

229	KKB3-2 Körper-leid u.Org.-Med.	-50+	(22)
269	BPI5-2 Int.	-47+	(22)
283	SES3-2 Akt.	42+	(22)

103 mehr Sinn-

219	BdK1 Glob.subj. Kurerf.	47+	(22)

103 mehr Sinn (Forts.)-

229	KKB3-2 Körper-	-54+	(22)
233	KKB3-3 leid.u. Org.-Med.	-43+	(22)
248	FPI9-1 Offen.	47+	(23)
263	BPI5-1 Int.	-48+	(22)
276	SES3-1 Akt.	-61+	(20)
283	SES3-2 Akt.	42+	(22)
288	SES1-3 Ausg.St.	48+	(22)

104 mehr Selbstvertr.-

219	BdK1 Glob.subj. Kurerf.	52+	(22)
250	FPIN-1 Em. Lab.	42+	(22)
264	BPI6-1 Lüg.	45+	(22)
270	BPI6-2 Lüg.	48+	(21)
281	SES1-2 Geh. St.	49+	(22)
283	SES3-2 Akt.	47+	(22)
287	SES7-2 Ausg.St.	44+	(22)
290	SES3-3 Akt.	46+	(22)

105 Dauer Nutz.psych.Beh.-

229	KKB3-2 Körper-	-42+	(22)
233	KKB3-3 leid.u. Org.-Med.	-66+	(22)
245	HG3-3 Beacht.v. Krankh.anz.	46+	(22)
248	FPI9-1 Offen.	48+	(22)
250	FPIN-1 Em. Lab.	42+	(22)
252	FPI9-2 Offen.	42+	(22)
264	BPI6-1 Lüg.	-42+	(22)
266	BPI2-2 Err.	44+	(22)
267	BPI3-2 Nerv.	43+	(22)
270	BPI6-2 Lüg.	-48+	(22)

106 z.Zt.arb.l.-

271	FBL1-1 Allg.	-19+	(113)
290	SES3-3 Akt.	18+	(117)
291	SES4-3 Gedr.St.	-22+	(117)
305	BFB3-3 Unzufr. Arb., Koll., Bez.	-35+	(118)

107 n. Kur gl.Arb.-Pl.-

282	SES2-2 Mißst.	-18+	(114)
290	SES3-3 Akt.	19+	(115)
297	BFB3-3 Unzufr. Arb., Koll., Bez.	24++	(114)
303	BFB1-3 Bel.i.Z. m.Ehe	27++	(116)

108 n. Kur and.Arb.-Pl.-

230	KKB4-2 Bel.unbe-fr.Arb.-Sit., H.z.Zufr.	-25++	(116)

109 Arb.z.schwer-

219	BdK1 Glob.subj. Kurerf.	-45+	(20)
283	SES3-2 Akt.	42+	(21)
284	SES4-2 Gedr.St.	53+	(21)
288	SES1-3 Geh. St.	-64+	(21)
289	SES2-3 Mißst.	44+	(21)
290	SES3-3 Akt.	-54+	(21)

110 Arb. nicht befried.-

282	SES2-2 Mißst.	42+	(21)
288	SES1-3 Geh. St.	-43+	(20)
289	SES2-3 Mißst.	-46+	(20)
302	BFB4-2 Bel.i.Z. m.Kl.	-84+	(12)

111 nicht gen. verdient-

282	SES2-2 Mißst.	50+	(20)
285	SES1-3 Geh. St.	-49+	(20)
298	BFB4-1 Bel.i.Z. m.Kl.	-55+	(15)

Fortsetzung Tabelle 31a:

111 nicht gen. verdient (Forts.)-

302	BFB4-1 Bel.i.Z. m.Kl.	-84+	(12)
306	BFB4-1 Bel.i.Z. m.Kl.	-71+	(13)

112 sonst.-

288	SES1-3 Geh. St.	53+	(20)
301	BFB3-2 Unzufr. Arb., Koll., Bez.	-57+	(16)

113 Dauer d. Arb.l.-

257	FPIE-3 Extrav.	-64+	(10)
264	BPI6-1 Lüg.	66+	(11)
289	SES2-3 Mißst.	65+	(11)
291	SES4-3 Gedr.St.	70+	(11)
292	SES5-3 Trägh.	62+	(11)
305	BFB3-3 Unzufr. Arb., Koll., Bez.	64+	(10)

116 Arb.-Zt.-

221	BdK3 Zufr.m.erh.-u.kommun.förd.Bed.	67+	(13)
242	HG4-2 Mißtr.geg. eig. Körp.	61+	(13)
270	BPI6-2 Lüg.	-63+	(13)
296	BFB2-1 Überford. Arb.	66+	(12)
300	BFB2-2 Überford. Arb.	70+	(10)

119 Körp.äuß.Bel.-

219	BdK1 Glob.subj. Kurerf.	60+	(13)
238	HG4-1 Mißtr.	59+	(13)
242	HG4-2 geg.eig.	76++	(13)
246	HG4-3 Körp.	68+	(13)
261	BPI3-1 Nerv.	-65+	(13)
262	BPI4-1 Depr.	-56+	(13)
263	BPI5-1 Int.	-70++	(13)
265	BPI1-2 Geh.	-55+	(13)
267	BPI3-2 Nerv.	-57+	(13)
268	BPI4-2 Depr.	-68+	(13)
269	BPI5-2 Int.	-73++	(13)
272	FBL1-2 Allg.	-72++	(13)
274	SES1-1 Geh.St.	67+	(13)
276	SES3-1 Akt.	66+	(13)
283	SES3-2 Akt.	70++	(13)
286	SES6-2 Müd.	-59+	(13)
287	SES7-2 Ausg.St.	55+	(13)
289	SES2-3 Mißst.	-58+	(13)
290	SES3-3 Akt.	72+	(13)
291	SES4-3 Gedr.St.	-74++	(13)
292	SES5-3 Trägh.	-56+	(13)
294	SES7-3 Ausg.St.	70++	(13)
295	BFB1-1 Bel.i.Z. m.Ehe	-57+	(13)
301	BFB3-2 Unzufr. Arb., Koll., Bez.	-62+	(10)
303	BFB1-3 Bel.i.Z. m.Ehe	-59+	(13)
305	BFB3-3 Unzufr. Arb., Koll., Bez.	-56+	(13)
306	BFB4-3 Bel.i.Z. m.Kl.	-77+	(8)

120 Nettoverd.-

242	HG4-2 Mißtr.geg. eig.Körp.	62+	(13)
247	FPI2-1 Aggr.	69++	(13)
249	FPIE-1 Offen.	63+	(13)
261	BPI3-1 Nerv.	-57+	(13)
271	FBL1-1 Allg.	-65+	(11)
272	FBL1-2 Allg.	-61+	(13)
273	FBL1-3 Allg.	-57+	(12)
286	SES6-2 Müd.	-64+	(13)

121 Neb.-Tät.-

241	HG3-2 Beacht.v. Krankh.anz.	-29+++	(133)
266	BPI2-2 Err.	-17+	(135)
282	SES2-2 Mißst.	-27++	(134)
286	SES6-2 Müd.	-21+	(134)
294	SES7-3 Ausg.St.	24++	(134)

122 Häufigk.d.Krankm.1.6 Mon.-

228	KKB2-2 Streß u. Schon.	21+	(139)
230	KKB4-2 Bel.unbefr.Arb.-Sit., H.z.Zufr.	17+	(139)
247	FPI2-1 Aggr.	20+	(137)
250	FPIN-1 Em. Lab.	19+	(137)
261	BPI3-1 Nerv.	25++	(135)
265	BPI1-2 Geh.	16+	(136)
266	BPI2-2 Err.	23++	(136)
267	BPI3-2 Nerv.	31+++	(136)
268	BPI4-2 Depr.	19+	(136)
272	FBL1-2 Allg.	20+	(137)
280	SES7-1 Ausg.St.	-19+	(129)
284	SES4-2 Gedr.St.	22++	(136)
285	SES5-2 Trägh.	25++	(135)
300	BFB2-2 Überford. Arb.	19+	(112)
305	BFB3-3 Unzufr. Arb., Koll., Bez.	19+	(138)

123 Dauer d.Krankm.1.6 Mon.-

233	KKB3-3 Körperleid.u.Org.-Med.	29+++	(139)
255	FPI2-3 Aggr.	22++	(137)
273	FBL1-3 Allg.	20+	(138)
285	SES5-2 Trägh.	20+	(135)
289	SES2-3 Mißst.	19+	(136)
291	SES4-3 Gedr.St.	29+++	(136)
297	BFB3-1 Unzufr.	19+	(135)
305	BFB3-3 Arb., Koll., Bez.	19+	(135)

124 Häufigk.d.Krankenh.aufenth. 1.6 Mon.-

226	KKB4-1 Bel.unbefr.Arb.-Sit., H.z.Zufr.	20+	(139)
238	HG4-1 Mißtr.geg. eig.Körp.	-18+	(135)
277	SES4-1 Gedr.St.	19+	(130)
285	SES5-2 Trägh.	17+	(135)
298	BFB4-1 Bel.i.Z. m.Kl.	24+	(105)
303	BFB1-3 Bel.i.Z. m.Ehe	17+	(138)
305	BFB3-3 Unzufr. Arb., Koll., Bez.	27++	(138)

127 Beurt.Ges.-Zust.-

219	BdK1 Glob.subj. Kurerf.	33+++	(139)
237	HG3-1 Beacht.v. Krankh.anz.	18+	(137)
238	HG4-1 Mißtr.geg. eig.Körp.	22++	(135)
240	HG2-2 Risikovermeid.	21+	(145)
242	HG4-2 Mißtr.geg.	24++	(135)
246	HG4-3 eig.Körp.	31+++	(139)
253	FPIE-2 Extrav.	18+	(138)
270	BPI6-2 Lüg.	-20+	(136)
272	FBL1-2 Allg.	-24++	(137)
273	FBL1-3 Allg.	-44+++	(138)
274	SES1-1 Geh.St.	18+	(133)
275	SES2-1 Mißst.	-18+	(128)
281	SES1-2 Geh.St.	27+++	(136)
283	SES3-2 Akt.	30+++	(137)
286	SES6-2 Müd.	-23++	(136)
287	SES7-2 Ausg.St.	27++	(135)

127 Beurt.Ges.-Zust.(Forts.)-

288	SES1-3 Geh.St.	31+++	(136)
289	SES2-3 Mißst.	-21+	(136)
290	SES3-3 Akt.	39+++	(136)
291	SES4-3 Gedr.St.	-28+++	(136)
293	SES6-3 Müd.	-26++	(136)
294	SES7-3 Ausg.St.	35+++	(136)
297	BFB3-1 Unzufr. Arb., Koll., Bez.	-25++	(125)
303	BFB1-3 Bel.i.Z. m.Ehe	-18+	(138)
305	BFB3-3 Unzufr. Arb., Koll., Bez.	-22++	(138)

128 St.Erhol./T.-

216	EzK1 Erw.befr. Ges.-Zust.	-21+	(139)
218	EzK3 Erw.natürl. Heilm.,Erf.-Zuv.	-17+	(139)
223	KKB1-1 Seel.psychosoz.Probl., Ps.-Th.	-30+++	(139)
224	KKB2-1 Streß u. Schon.	-29+++	(139)
225	KKB3-1 Körperleid.u.Org.-Med.	-20+	(139)
231	KKB1-3 Seel.psychosoz.Probl., Ps.-Th.	-22++	(139)
235	HG1-1 Mißtr.geg. Ärzte u.Therap.	17+	(135)
238	HG4-1 Mißtr.geg. eig.Körp.	18+	(135)
249	FPIE-1 Extrav.	18+	(137)
253	FPIE-2 Extrav.	17+	(138)
262	BPI4-1 Depr.	-17+	(135)
263	BPI5-1 Int.	-21+	(135)
268	BPI4-2 Depr.	-22++	(136)
269	BPI5-2 Int.	-25++	(136)
274	SES1-1 Geh.St.	37+++	(133)
276	SES3-1 Akt.	18+	(128)
289	SES2-3 Mißst.	-21+	(136)
291	SES4-3 Gedr.St.	-17+	(136)
293	SES6-3 Müd.	-20+	(136)
299	BFB1-2 Bel.i.Z. m.Ehe	-23+	(114)
300	BFB2-2 Überford. Arb.	-23+	(112)

129 Überwieg.Freiz.-Gest.-

238	HG4-1 Mißtr.geg. eig.Körp.	-18+	(135)
240	HG2-2 Risikovermeid.	18+	(135)
285	SES5-2 Trägh.	19+	(135)
292	SES5-3 Trägh.	20+	(136)
298	BFB4-1 Bel.i.Z. m.Kl.	16+	(105)
303	BFB1-3 Bel.i.Z. m.Ehe	22++	(138)
305	BFB3-3 Unzufr. Arb., Koll., Bez.	33+++	(138)

130 St.körp.Bet./Wo.-

223	KKB1-1 Seel.psychosoz.Probl., Ps.-Th.	-20+	(139)
224	KKB2-1 Streß u. Schon.	-17+	(139)
233	KKB3-3 Körperleid.u.Org.-Med.	-19+	(139)
235	HG1-1 Mißtr.geg. Ärzte u.Therap.	19+	(136)
238	HG4-1 Mißtr.geg. eig.Körp.	20+	(135)
250	FPIN-1 Em. Lab.	-19+	(137)
254	FPIN-2 Em. Lab.	-17+	(138)
260	BPI2-1 Err.	-17+	(135)
265	BPI1-2 Geh.	-17+	(136)

Fortsetzung Tabelle 31b:

130 St.körp.Bet./Wo.(Forts.)-

266	BPI2-2 Err.	-20+	(136)
268	BPI4-2 Depr.	-19+	(136)
269	BPI5-2 Int.	-22++	(136)
294	SES7-3 Ausg.St.	17+	(136)

131 Kaffee- bzw.Teekons./T.-

280	SES7-1 Ausg.St.	-18+	(129)
295	BFB1-1 Bel.i.Z. m.Ehe	-21+	(134)

132 Bierkons./Wo.-

238	HG4-1 Mißtr.geg. eig.Körp.	17+	(134)
247	FPI2-1 Aggr.	19+	(137)
248	FPI9-1 Offen.	20+	(137)
252	FPI9-2 Offen.	17+	(138)
256	FPI9-3 Offen.	19+	(137)
263	BPI5-1 Int.	-18+	(135)
274	SES1-1 Geh.St.	18+	(133)
288	SES1-3 Geh.St.	19+	(136)
290	SES3-3 Akt.	21+	(136)

134 Weinkons./Wo.-

236	HG2-1 Risikovermeid.	-20+	(133)
237	HG3-1 Beacht.v.	-19+	(133)
241	HG3-3 Krankh.anz.	-21+	(136)
281	SES1-2 Geh.St.	17+	(133)
287	SES7-2 Ausg.St.	17+	(132)

136 Rauch.(wied.)aufgen.-

240	HG2-2 Risikovermeid.	-30++	(98)
249	FPIE-1 Extrav.	-21+	(100)
252	FPI9-2 Offen.	-22+	(100)
255	FPI2-3 Aggr.	-20+	(99)
285	SES5-2 Trägh.	-29++	(98)
286	SES6-2 Müd.	-20+	(90)
287	SES7-2 Ausg.St.	21+	(98)

137 Rauch.beend.-

251	FPI2-2 Aggr.	-44++	(38)
252	FPI9-2 Offen.	-41+	(38)
279	SES6-1 Müd.	-32+	(36)
285	SES5-2 Trägh.	-33+	(37)
300	BFB2-2 Überford. Arb.	51++	(57)

139 Zigarett./T.-

235	HG1-1 Mißtr.geg. Ärzte u.Therap.	-35+	(39)
236	HG2-1 Risikovermeid.	-34+	(39)
256	FPI9-3 Offen.	32+	(40)
258	FPIN-3 Em. Lab.	40++	(40)
290	SES3-3 Akt.	-35+	(40)

143 Schlaftbl.1.6 Mon.-

271	FBL1-1 Allg.	18+	(132)
272	FBL1-2 Allg.	18+	(137)
273	FBL1-3 Allg.	20+	(138)
286	SES6-2 Müd.	17+	(136)

144 Beruh.tbl.1.6 Mon.-

223	KKB1-1 Seel.psychosoz.Probl., Ps.-Th.	37+++	(139)
224	KKB2-1 Streß u. Schon.	31++	(139)
226	KKB4-1 Bel.unbefr.Arb.-Sit., H.z.Zufr.	21+	(139)
227	KKB1-2 Seel.psychosoz.Probl., Ps.-Th.	37+++	(139)
228	KKB2-2 Streß u. Schon.	20+	(139)
231	KKB1-3 Seel.psychosoz.Probl., Ps.-Th.	44+++	(139)

144 Beruh.tbl.1.6 Mon.(Forts.)-

232	KKB2-3 Streß u. Schon.	21+	(139)
233	KKB3-3 Körperleid.u.Org.-Med.	25++	(139)
242	HG4-2 Mißtr.geg.	-23++	(135)
246	HG4-3 eig.Körp.	-18+	(139)
250	FPIN-1 Em. Lab.	26++	(137)
255	FPI2-3 Aggr.	23++	(138)
258	FPIN-3 Em. Lab.	37+++	(137)
260	BPI2-1 Err.	28++	(135)
261	BPI3-1 Nerv.	33+++	(135)
262	BPI4-1 Depr.	22++	(135)
266	BPI2-2 Err.	20+	(136)
267	BPI3-2 Nerv.	35+++	(136)
268	BPI4-2 Depr.	24++	(136)
269	BPI5-2 Int.	19+	(136)
271	FBL1-1 Allg.	24++	(132)
272	FBL1-2 Allg.	19+	(137)
273	FBL1-3 Allg.	34+++	(138)
274	SES1-1 Geh.St.	-19+	(133)
276	SES3-1 Akt.	-20+	(128)
281	SES1-2 Geh.St.	-20+	(136)
284	SES4-2 Gedr.St.	23++	(136)
286	SES6-2 Müd.	20+	(136)
288	SES1-3 Geh.St.	-20+	(136)
289	SES2-3 Mißst.	19+	(136)
290	SES3-3 Akt.	25++	(136)
291	SES4-3 Gedr.St.	27++	(136)
297	BFB3-1 Unzufr. Arb., Koll., Bez.	19+	(134)
299	BFB1-2 Bel.i.Z. m.Ehe	26++	(114)
301	BFB3-2 Unzufr. Arb., Koll., Bez.	23+	(112)
302	BFB4-2 Bel.i.Z. m.Ki.	21+	(90)
304	BFB2-3 Überford. Arb.	27++	(138)
305	BFB3-3 Unzufr. Arb., Koll., Bez.	17+	(138)
307	Pos.Kurerf., günst.Prog.Arzt (Arztr.1)	19+	(108)

146 Schmerztbl. 1.6 Mon.-

261	BPI3-1 Nerv.	18+	(135)
265	BPI1-2 Geh.	17+	(136)
267	BPI3-2 Nerv.	17+	(136)
292	SES5-3 Int.	24++	(136)
301	BFB3-2 Unzufr. Arb., Koll., Bez.	20+	(114)

147 Abführtbl. 1.6 Mon.-

219	BdK1 Glob.subj. Kurerf.	-23++	(139)
221	BdK3 Zufr.m.erh.-u.kommun.förd. Bed.	-17+	(139)
261	BPI3-1 Nerv.	20+	(135)
263	BPI5-1 Int.	21+	(135)
267	BPI2-2 Err.	20+	(136)
284	SES4-2 Gedr.St.	19+	(136)
304	BFB2-3 Überford. Arb.	22++	(138)

148 Sonst.Medik.1.6 Mon.-

228	KKB2-2 Streß u. Schon.	18+	(139)
237	HG3-1 Beacht.v. Krankh.anz.	-23++	(135)
240	HG2-2 Risikovermeid.	-21+	(135)
241	HG3-2 Beacht.v. Krankh.anz.	-18+	(135)

148 Sonst.Medik.1.6 Mon.(Forts.)-

242	HG4-2 Mißtr.geg. eig.Körp.	-19+	(135)
248	FPI9-1 Offen.	-17+	(137)
271	FBL1-1 Allg.	24++	(133)
273	FBL1-3 Allg.	18+	(138)
274	SES1-1 Geh.St.	-17+	(133)
276	SES3-1 Akt.	-28++	(128)

149 Hausarzt aufg.1.6 Mon.-

219	BdK1 Glob.subj. Kurerf.	-29++	(139)
227	KKB1-2 Seel.psychosoz.Probl., Ps.-Th.	18+	(139)
229	KKB3-2 Körperleid.u.Org.-Med.	17+	(139)
232	KKB2-3 Risikovermeid.	31++	(139)
235	HG1-1 Mißtr.geg. Ärzte u.Therap.	-18+	(135)
236	HG2-1 Risikovermeid.	-22+	(134)
237	HG3-1 Beacht.v. Krankh.anz.	-18+	(135)
239	HG1-2 Mißtr.geg. Ärzte u.Therap.	-17+	(135)
242	HG4-2 Mißtr.geg. eig.Körp.	-24++	(135)
256	FPI9-3 Offen.	-18+	(137)
261	BPI3-1 Nerv.	21+	(135)
264	BPI6-1 Lüg.	28+++	(135)
267	BPI3-2 Nerv.	25++	(136)
271	FBL1-1 Allg.	36+++	(132)
272	FBL1-2 Allg.	28++	(137)
273	FBL1-3 Allg.	38+++	(137)
276	SES3-1 Akt.	-29+	(129)
284	SES4-2 Gedr.St.	19+	(136)
289	SES2-3 Mißst.	18+	(136)
291	SES4-3 Gedr.St.	25++	(136)
292	SES5-3 Trägh.	22+	(136)
303	BFB1-3 Bel.i.Z. m.Ehe	22++	(138)
305	BFB3-3 Unzufr. Arb., Koll., Bez.	26++	(138)

150 Facharzt aufg.1.6 Mon.-

219	BdK1 Glob.subj. Kurerf.	-27+++	(138)
221	BdK3 Zufr.m.erh.-u.kommun.förd. Bed.	-20+	(138)
232	KKB2-3 Streß u. Schon.	26+	(138)
237	HG3-1 Beacht.v. Krankh.anz.	-18+	(134)
242	HG4-2 Mißtr.geg.	-20+	(134)
246	HG4-3 eig.Körp.	-21+	(138)
255	FPI2-3 Aggr.	27++	(136)
261	BPI3-1 Nerv.	20+	(134)
264	BPI6-1 Lüg.	20+	(134)
271	FBL1-1 Allg.	20++	(132)
272	FBL1-2 Allg.	25++	(137)
273	FBL1-3 Allg.	28+++	(138)
276	SES3-1 Akt.	-20+	(127)
277	SES4-1 Gedr.St.	18+	(129)
278	SES5-1 Trägh.	23++	(127)
288	SES1-3 Geh.St.	-18+	(135)
291	SES4-3 Gedr.St.	22+	(135)

151 Psychol.usw.aufg.1.6 Mon.-

246	HG4-3 Mißtr.geg. eig.Körp.	-20+	(137)
284	SES4-2 Gedr.St.	22++	(134)

152 Gew.Körp.gew.-

222	BdK4 Pos.Bew. psych.Kurm.	-22+	(133)
235	HG1-1 Mißtr.geg. Ärzte u.Therap.	25++	(129)

Fortsetzung Tabelle 31b:

152 Ggw.Körp.gew.(Forts.)-

237	HG3-1	Beacht.v. Krankh.anz.	19+ (121)
239	HG1-2	Mißtr.geg. Ärzte u.Therap.	24++ (129)
246	HG4-3	Mißtr.geg. eig.Körp.	23++ (133)
261	BPI3-1	Geh.	-19+ (129)
262	BPI4-1	Depr.	-20+ (129)
271	FBL1-1	Allg.	-23++ (126)
272	FBL1-2	Allg.	-22+ (131)
273	FBL1-3	Allg.	-27++ (132)
279	SES6-1	Müd.	22+ (124)
286	SES6-2	Müd.	-22+ (130)
297	BFB3-1	Unzufr. Arb., Koll., Bez.	-30+++(129)
300	BFB2-2	Überford. Arb.	-28++ (108)
305	BFB3-3	Unzufr. Arb., Koll., Bez.	-18+ (132)

153 Beurt.Leb.-Führ.ges.-

232	KKB2-3	Streß u. Schon.	17+ (139)
237	HG3-1	Beacht.v. Krankh.anz.	-34+++(135)
242	HG4-2	Mißtr.geg. eig.Körp.	-22+ (135)
248	FPI9-1	Offen.	-18+ (137)
264	BPI6-1	Lüg.	25++ (135)
284	SES4-2	Gedr.St.	17+ (136)
288	SES1-3	Geh.St.	-18+ (136)
290	SES3-3	Akt.	-26++ (136)
294	SES7-3	Ausg.St.	-24++ (126)

154 Er.Fam.unang.-

217	EzK2	Erw.Entl.v. allt.Anf.,Aus-spr.,Kont.	21+ (138)
221	BdK3	Zufr.m.erh.- u.kommun.förd. Bed.	17+ (138)
226	KKB4-1	Bel.unbe-	24++ (138)
230	KKB4-2	fr.Arb.-sit., H.z.Zufr.	26++ (138)
258	FPIN-3	Em. Lab.	21+ (136)
259	BPI1-1	Geh.	19+ (134)
261	BPI3-1	Nerv.	20+ (134)
290	SES3-3	Akt.	-17+ (135)
291	SES4-3	Gedr.St.	23++ (135)
292	SES5-3	Trägh.	34+++(136)
294	SES7-3	Ausg.St.	-18+ (135)
305	BFB3-3	Unzufr. Arb., Koll., Bez.	19+ (137)
306	BFB4-3	Bel.i.Z. m.Ki.	19+ (107)

155 Er.Fam.bel.-

217	EzK2	Erw.Entl.v. allt.Anf.,Aus-spr.,Kont.	21+ (139)
221	BdK3	Zufr.m.erh.- u.kommun.förd. Bed.	17+ (138)
226	KKB4-1	Bel.unbe-	24++ (138)
230	KKB4-2	fr.Arb.-Sit., H.z.Zufr.	27+++(139)
258	FPIN-3	Em. Lab.	21+ (137)
290	SES3-2	Akt.	-17+ (137)
291	SES4-3	Gedr.St.	24++ (136)
292	SES5-3	Trägh.	24++ (136)
294	SES7-3	Ausg.St.	-18+ (136)
305	BFB3-3	Unzufr. Arb., Koll., Bez.	21+ (138)
306	BFB4-3	Bel.i.Z. m.Ki.	19+ (107)

156 Er.Ber.unang.-

226	KKB4	Bel.unbe-fr.Arb.-Sit., H.z.Zufr.	23+ (139)
247	FPI2-1	Aggr.	19+ (137)
251	FPI2-2	Aggr.	23++ (138)
255	FPI2-3	Aggr,	31+++(137)
305	BFB3-3	Unzufr. Arb., Koll., Bez.	17+ (138)

157 Er.Ber.bel.-

234	KKB4-3	Bel.unbe-fr.Arb.-Sit., H.z.Zufr.	18+ (139)
247	FPI2-1	Aggr.	17+ (137)
251	FPI2-2	Aggr.	22+ (138)
255	FPI2-3	Aggr,	29+ (137)
277	SES4-1	Gedr.St.	19+ (130)
284	SES4-2	Gedr.St.	28++ (136)
291	SES4-3	Gedr.St.	26++ (136)

(154-163) Life-

224	KKB2-1	Streß u. Schon.	16+ (138)
226	KKB4-1	Bel.unbe-fr.Arb.-Sit., H.z.Zufr.	16+ (138)
229	KKB3-2	Körper-leid.u.Org.-Med.	-22++ (139)
231	KKB1-3	Seel.psy-chosoz.Probl., Ps.-Th.	20+ (138)

164 Zuv. Ges.-

219	BdK1	Glob.subj. Kurerf.	25++ (139)
224	KKB2-1	Streß u. Schon.	-19+ (139)
225	KKB3-1	Körper-	-17+ (139)
233	KKB3-3	leid.u. Org.-Med.	-17+ (139)
235	HG1-1	Mißtr.geg.	-17+ (135)
239	HG1-2	Ärzte u.	18+ (135)
243	HG1-3	Therap	17+ (139)
246	HG4-3	Mißtr.geg. eig.Körp.	18+ (139)
262	BPI4-1	Depr.	-17+ (135)
276	SES4-1	Akt.	26++ (128)
281	SES1-2	Geh.St.	28+++(136)
283	SES3-2	Akt.	23++ (136)
287	SES7-2	Ausg.St.	26++ (136)
288	SES1-3	Geh. St.	24++ (136)
290	SES3-3	Akt.	26++ (136)
306	BFB4-3	Bel.i.Z. m.Ki.	-18+ (138)

165 Zuv. Ber.-

228	KKB2-2	Streß u. Schon.	-19+ (138)
231	KKB1-3	Seel.psy-chosoz.Probl., Ps.-Th.	-18+ (138)
234	KKB4-1	Bel.unbe-fr.Arb.-Sit., H.z.Zufr.	-28+++(138)
239	HG1-2	Mißtr.geg. Ärzte u.Therap.	20+ (133)
255	FPI2-3	Aggr.	-20+ (136)
268	BPI4-2	Depr.	-17+ (134)
269	BPI5-2	Int.	-17+ (135)
276	SES3-1	Akt.	20+ (127)
281	SES1-2	Geh.St.	20+ (135)
285	SES5-2	Int.	-20+ (134)
286	SES6-2	Müd.	-20+ (135)
287	SES7-2	Ausg.St.	18+ (134)
288	SES1-3	Geh.St.	23++ (135)
290	SES3-3	Akt.	29+++(135)
291	SES4-3	Gedr.St.	-22++ (135)
297	BFB3-1	Unzufr. Arb., Koll., Bez.	-34+++(134)

165 Zuv. Ber.(Forts.)-

300	BFB2-2	Überford. Arb.	-23++ (111)
301	BFB3-2	Unzufr.	-46+++(113)
305	BFB3-3	Arb., Koll., Bez.	-52+++(137)

166 Zuv. Fam.-

223	KKB1-1	Seel.psy-	-20+ (137)
227	KKB1-2	chosoz.	-30+++(137)
231	KKB1-3	Probl., Ps.-Th.	-30+++(137)
235	HG1-1	Mißtr.geg.	19+ (137)
239	HG1-2	Ärzte u.	28+++(137)
243	HG1-3	Therap.	23++ (137)
258	FPIN-3	Em. Lab.	-24++ (135)
262	BPI4-1	Depr.	-28+++(133)
263	BPI5-1	Int.	-21+ (133)
264	BPI6-1	Lüg.	18+ (133)
268	BPI4-2	Depr.	-24++ (134)
269	BPI5-2	Int.	-31+++(134)
274	SES1-1	Geh.St.	18+ (127)
280	SES7-1	Ausg.St.	18+ (127)
281	SES1-2	Geh.St.	33+++(134)
283	SES3-2	Akt.	30+++(134)
287	SES7-2	Ausg.St.	37+++(133)
288	SES1-3	Geh.St.	25++ (134)
289	SES2-3	Mißst.	-27+++(134)
290	SES3-3	Akt.	26++ (134)
291	SES4-3	Gedr.St.	-26++ (134)
292	SES5-3	Trägh.	-22+ (134)
294	SES7-3	Ausg.St.	25++ (134)
297	BFB3-1	Unzufr. Arb., Koll., Bez.	-27+++(133)
299	BFB1-2	Bel.i.Z. m.Ehe	-20+ (112)
300	BFB2-2	Überford. Arb.	-21+ (110)
301	BFB3-2	Unzufr. Arb., Koll., Bez.	-23+ (112)
302	BFB4-2	Bel.i.Z. m.Ki.	-22+ (89)
303	BFB1-3	Bel.i.Z. m.Ehe	-18+ (136)
304	BFB2-3	Überford. Arb.	-28+++(136)
305	BFB3-3	Unzufr. Arb., Koll., Bez.	-31+++(136)
306	BFB4-3	Bel.i.Z. m.Ki.	-29++ (107)

167 Zuv.sonst.Bez.-

235	HG1-1	Mißtr.geg.	18+ (133)
239	HG1-2	Ärzte u.	21+ (132)
243	HG1-3	Therap.	19+ (137)
257	FPIE-3	Extrav.	25+ (135)
258	FPIN-3	Em. Lab.	26+ (135)
261	BPI3-1	Nerv.	20+ (133)
262	BPI4-1	Depr.	-18+ (133)
265	BPI1-2	Geh.	-23++ (134)
266	BPI2-2	Err.	-20+ (134)
268	BPI4-2	Depr.	-21+ (134)
269	BPI5-2	Int.	-25++ (134)
287	SES7-2	Ausg.St.	24++ (133)
288	SES1-3	Geh.St.	23+ (134)
290	SES3-3	Akt.	17+ (134)

Tab. 31c: Interkorrelationen zwischen Variablen des Psychologischen Interviews und Variablen der psychologischen Fragebogen

	171 Sorg. Arb.-Pl.	172 Sorg. Fam.	173 Er. Fam. unang.	174 Er. Fam. bel.	175 Er. Ber. unang.	176 Er. Ber. bel.	177 Er. Ges. unang.	178 Er. Ges. bel.	179 Er. wirtsch. unang.	180 Er. wirtsch. bel.	(173-182) Leben	183 Soz.-ps.-som. Z.	184 Kl. glückl. -ungl.	185 Kl. ger. unger.
216 EzK1 Erw.befr. Ges.-Zust.	19+ (164)													
217 EzK2 Erw.Entl.v. allt.Anf., Ausspr., Kont.		26++ (166)	22++ (167)	21++ (167)										
218 EzK3 Erw.natürl. Heilm., Erf.-Zuv.	-28+++ (164)		-19+ (167)	-20++ (167)		-17+ (167)				-16+ (167)				
219 BdK1 Glob.subj. Kurerf.	24++ (165)													
221 BdK3 Zufr.m.erh. u.kommun. förd.Bed.														
222 BdK4 Pos.Bew. psych.Kurm.												-24++ (168)		
223 KKB1-1 Seel.psychosoz. Probl., Ps.-Th.	40+++ (162)	35+++ (162)	35+++ (162)	33+++ (162)								-20+ (162)	32+++ (162)	22++ (162)
224 KKB2-1 Streß u. Schon.	18+ (162)												21++ (162)	
225 KKB3-1 Körperleid. u.Org.-Med.														
226 KKB4-1 Bel.,unbefr. Arb.-Sit., H.z.Zufr.	26+++ (162)				25+++ (162)	25+++ (162)								
227 KKB1-2 Seel.psychosoz. Probl., Ps.-Th.	38+++ (166)	37+++ (167)	37+++ (167)	36+++ (167)								-32+++ (167)	18+ (167)	
228 KKB2-2 Streß u. Schon.														
229 KKB3-2 Körperleid. u.Org.-Med.													16+ (167)	
230 KKB4-2 Bel.,unbefr. Arb.-Sit., H.z.Zufr.														
231 KKB1-3 Seel.psychosoz. Probl., Ps.-Th.	37+++ (134)	39+++ (134)	34+++ (134)	39+++ (134)								-26+++ (134)	26++ (134)	21+ (134)
232 KKB2-3 Streß u. Schon.														18+ (134)
233 KKB3-3 Körperleid. u.Org.-Med.													26++ (134)	
234 KKB4-3 Bel.,unbefr. Arb.-Sit., H.z.Zufr.	24++ (132)													
235 HG1-1 Mißtr.geg. Ärzte u.Th.	-21++ (167)						-18+ (170)	-16+ (170)						
236 HG2-1 Risikovermeid.														
237 HG3-1 Beacht.v. Krankh.anz.														
238 HG4-1 Mißtr.geg. eig.Körp.	-18+ (167)		-18+ (167)				-19+ (170)	-15+ (170)			-16+ (175)		-16+ (170)	

Fortsetzung Tabelle 31c:

	171 Sorg. Arb.-Pl.	172 Sorg. Fam.	173 Er. Fam. unang.	174 Er. Fam. bel.	175 Er. Ber. unang.	176 Er. Ber. bel.	177 Er. Ges. unang.	178 Er. Ges. bel.	179 Er. wirtsch. unang.	180 Er. wirtsch. bel.	(173-182) Leben	183 Soz.-ps.-som. Z.	184 Kl. glückl. -ungl.	185 Kl. ger. un-ger.
239 HG1-2 Mißtr.geg. Ärzte u.Th.							-20+ (165)	-20+ (165)						
240 HG2-2 Risikover-meid.														
241 HG3-2 Beacht.v. Krankh.anz.														
242 HG4-2 Mißtr.geg. eig.Körp.	-22++ (162)		-19+ (162)											
243 HG1-3 Mißtr.geg. Ärzte u.Th.			-19+ (134)											
244 HG2-3 Risikover-meid.	26+ (134)													
245 HG3-3 Beacht.v. Krankh.anz.					-22++ (134)	-20+ (134)								
246 HG4-3 Mißtr.geg. eig.Körp.			-20+ (134)											
247 FPI2-1 Aggr.	19+ (169)	15+ (171)												
248 FPI9-1 Offen.			16+ (172)	16+ (172)										
249 FPIE-1 Extrav.			-29+++ (172)	-25++ (172)									-18+ (172)	
250 FPIN-1 Em. Lab.		28+++ (171)	30+++ (172)									-20++ (172)	23++ (172)	22++ (172)
251 FPI2-2 Aggr.		22++ (171)												
252 FPI9-2 Offen.														
253 FPIE-2 Extrav.			-26+++ (172)	-21++ (172)									-15+ (172)	
254 FPIN-2 Em. Lab.		29+++ (171)	20+ (172)	20+ (172)									18+ (172)	15+ (172)
255 FPI2-3 Aggr.					21+ (133)	24++ (134)			22+ (134)					
256 FPI9-3 Offen.		21+ (133)												
257 FPIE-3 Extrav.														
258 FPIN-3 Em. Lab.		30+++ (133)	19+ (133)	21+ (133)								-25++ (133)	18+ (133)	25++ (133)

	169 Anstr.	170 Eig.-Fremd-Init.	171 Sorg. Arb.-Pl.	172 Sorg. Fam.	173 Er. Fam. unang.	174 Er. Fam. bel.	175 Er. Ber. unang.	176 Er. Ber. bel.	177 Er. Ges. unang.	178 Er. Ges. bel.	179 Er. wirtsch. unang.	180 Er. wirtsch. bel.	181 Er. sonst. unang.	182 Er. sonst bel.
259 BPI1-1 Geh.				28+++ (169)	26+++ (170)	25+++ (170)								
260 BPI2-1 Err.				22++ (169)	30+++ (170)	28+++ (170)								
261 BPI3-1 Nerv.		26+++ (170)		36+++ (169)	32+++ (170)	27+++ (170)			15+ (170)					
262 BPI4-1 Depr.				40+++ (169)	31+++ (170)	28+++ (170)								
263 BPI5-1 Int.				36+++ (169)	33+++ (170)	32+++ (170)								
264 BPI6-1 Lüg.										-15+ (170)				
265 BPI1-2 Geh.				22++ (169)	21++ (170)	20++ (170)								
266 BPI2-2 Err.				24++ (169)	20++ (170)	20++ (170)								
267 BPI3-2 Nerv.		19+ (170)		25+++ (169)	25++ (170)	21++ (170)								
268 BPI4-2 Depr.				31+++ (169)	22++ (170)	19++ (170)								
269 BPI5-2 Int.				24++ (169)	27+++ (170)	28+++ (170)								
270 BPI6-2 Lüg.														

Fortsetzung Tabelle 31c:

	169 Anstr.	170 Eig.-Fremd-Init.	171 Sorg. Arb.-Pl.	172 Sorg. Fam.	173 Er. Fam. unang.	174 Er. Fam. bel.	175 Er. Ber. unang.	176 Er. Ber. bel.	177 Er. Ges. unang.	178 Er. Ges. bel.	179 Er. wirtsch. unang.	180 Er. wirtsch. bel.	181 Er. sonst. unang.	182 Er. sonst. bel.
271 FBL1-1 Allg.		27+++ (165)	18+ (165)	27+++ (165)										
272 FBL1-2 Allg.		22++ (168)												
273 FBL1-3 Allg.		27++ (134)												
274 SES1-1 Geh.St.	-24++ (168)			-24++ (167)	-24++ (168)	-20++ (168)								
275 SES2-1 Mißst.		15+ (166)	20+ (163)	17+ (165)										
276 SES3-1 Akt.				-22+ (164)	-30+++ (165)	-22++ (165)			-16+ (165)	-18+ (165)				
277 SES4-1 Gedr.St.		16+ (165)	29+++ (162)	34+++ (164)	17+ (165)									
278 SES5-1 Trägh.														
279 SES6-1 Müd.		23++ (168)												
280 SES7-1 Ausg.St.				-18+ (163)										
281 SES1-2 Geh.St.			-16+ (163)		-32+++ (166)	-25+++ (166)								
282 SES2-2 Mißst.				27+++ (165)										
283 SES3-2 Akt.			-19+ (163)	-18+ (165)	-23++ (166)									
284 SES4-2 Gedr.St.			18+ (164)	32+++ (166)	17+ (167)	16+ (167)								
285 SES5-2 Trägh.														
286 SES6-2 Müd.		16+ (166)												
287 SES7-2 Ausg.St.			-17+ (164)	-24++ (166)	-25+++ (167)	-24++ (167)								
288 SES1-3 Geh.St.				-22+ (131)		-20+ (131)							27++ (131)	25++ (131)
289 SES2-3 Mißst.					17+ (131)	21+ (131)								
290 SES3-3 Akt.														
291 SES4-3 Gedr.St.				20+ (134)	19+ (134)	22+ (131)								
292 SES5-3 Trägh.														
293 SES6-3 Müd.		17+ (133)												
294 SES7-3 Ausg.St.			-23++ (129)			-19+ (131)							18+ (131)	18+ (131)
295 BFB1-1 Bel.i.Z.m. Ehe														
296 BFB2-1 Überford. Arb.														
297 BFB3-1 Unzufr.Arb., Koll.,Bez.	17+ (171)		27+++ (168)	21++ (170)	15+ (171)	16+ (171)	21++ (171)	17+ (171)	15+ (171)		23++ (171)	15+ (171)		
298 BFB4-1 Bel.i.Z.m. Kl.														
299 BFB1-2 Bel.i.Z.m. Ehe														
300 BFB2-2 Überford. Arb.														
301 BFB3-2 Unzufr.Arb., Koll.,Bez.														
302 BFB4-2 Bel.i.Z.m. Kl.														
303 BFB1-3 Bel.i.Z.m. Ehe														

Fortsetzung Tabelle 31c:

	186 Kl. str.-n. str.	187 Selbst-zufr.	188 Ehrg.	189 Nutz. psy-chol. Unt.	190 Klags.	191 Mitt. Soz.	192 Mitt. Int.	193 Symp.	194 SE	195 Ängstl.	196 Belast.	200 FE üb. 14J.	201 FE Mutt.	202 FE Vat.	203 FE Mutt. Str.	215 Aff. Tsn. Kl.
216 EzK1			-21++ (167)													
217 EzK2		33+++ (167)		-34+++ (167)		27+++ (167)	18+ (167)		-22++ (167)	22++ (167)	32+++ (167)					
218 EzK3		-17+ (167)							19+ (167)	19+ (167)	-23++ (168)					
219 BdK1									-16+ (168)					20+ (154)		
221 BdK3				-28+++ (168)										18+ (154)		
222 BdK4									-20+ (168)	17+ (168)	30+++ (168)			19+ (154)		
223 KKB 1-1	-19+ (162)	43+++ (162)	-35+++ (162)		28+++ (162)	21++ (162)	32+++ (162)		-27+++ (162)	43+++ (162)	50+++ (162)		17+ (151)			
224 KKB 2-1		21++ (162)														
225 KKB 3-1																
226 KKB 4-1		16+ (162)			16+ (162)					24++ (162)					26+ (72)	
227 KKB 1-2		43+++ (167)		30+++ (167)	23++ (167)		34+++ (167)		-29+++ (167)	45+++ (167)	55+++ (167)					18+ (154)
228 KKB 2-2																
229 KKB 3-2											16+ (167)					
230 KKB 4-2											16+ (167)					
231 KKB 1-3	19+ (134)	37+++ (134)		-23++ (134)		17+ (134)	31+++ (134)		-28+++ (134)	37+++ (134)	47+++ (134)					
232 KKB 2-3																
233 KKB 3-3	-24++ (134)															
234 KKB 4-3																
235 HG 1-1		-16+ (170)									-16+ (170)					
236 HG 2-1														22+ (157)		
237 HG 3-1						-21++ (170)							18+ (160)			
238 HG 4-1					-33+++ (170)	-16+ (170)	-18+ (170)	-26+++ (170)								
239 HG 1-2																
240 HG 2-2						-15+ (166)										
241 HG 3-2																
242 HG 4-2		-21++ (165)			-25+++ (165)											
243 HG 1-3								20+ (134)	22+ (134)	-21+ (134)	-16+ (134)					
244 HG 2-3						-19+ (134)		24++ (134)								
245 HG 3-3						-25++ (134)							19+ (126)	18+ (124)		

Fortsetzung Tabelle 31c:

	186 Kl. str.-n. str.	187 Selbst-zufr.	188 Ehrg.	189 Nutz. psy-chol. Unt.	190 Klags.	191 Mitt. Soz.	192 Mitt. Int.	193 Symp.	194 SE	195 Ängstl.	196 Belast.	200 FE üb. 14J.	201 FE Mutt.	202 FE Vat.	203 FE Mutt. Str.	215 Aff. Tbn. Kl.
246 HG 4-3					-23++ (134)							-27++ (126)				
247 FPI 2-1										17+ (172)			16+ (161)			
248 FPI 9-1			19+ (172)						-15+ (172)	20++ (172)				17+ (158)		
249 FPIE -1	17+ (172)									-18+ (172)		-18+ (161)		-22++ (158)		
250 FPIN -1		41+++ (172)			20++ (172)		17+ (172)		-24++ (172)	29+++ (172)	25+++ (172)			24++ (158)		16+ (159)
251 FPI 2-2																
252 FPI 9-2															28+ (74)	
253 FPIE -2			-17+ (172)							-18+ (172)						
254 FPIN-2		34+++ (172)			16+ (172)		18+ (172)			23++ (172)	23++ (172)					16+ (159)
255 FPI 2-3																
256 FPI 9-3								-19+ (133)		20+ (133)						
257 FPIE -3										-18+ (133)						
258 FPIN -3	-18+ (133)	29+++ (133)						-26++ (133)	29+++ (133)	26++ (133)						17+ (124)

	(173-182) Leben	183 Soz.-ps.-som. Z.	184 Kl. glückl. -ungl.	185 Kl. ger. un-ger.	186 Kl. str.-n. str.	187 Selbst-zufr.	188 Ehrg.	189 Nutz. psy-chol. Unt.	190 Klags.	191 Mitt. Soz.	192 Mitt. Int.	193 Symp.	194 SE	195 Ängstl.	196 Belast.	200 FE
259 BPI 1-1						19+ (170)	20+ (170)	-21+ (170)			17+ (170)	-17+ (170)		30+++ (170)	23++ (170)	
260 BPI 2-1		-19+ (170)	28+++ (170)	22++ (170)	-15+ (170)	28+++ (170)		-20++ (170)	20+ (170)		16+ (170)		-22++ (170)	27+++ (170)	25++ (170)	20+ (159)
261 BPI 3-1			23++ (170)			23++ (170)			27+++ (170)		15+ (170)			24++ (170)	28+++ (170)	
262 BPI 4-1		-24++ (170)	21++ (170)			46+++ (170)		-23++ (170)	-32+++ (170)	16+ (170)	34+++ (170)		-30+++ (170)	36+++ (170)	38+++ (170)	
263 BPI 5-1			26+++ (170)			33+++ (170)			27+++ (170)		23++ (170)			18+ (170)	31+++ (170)	
264 BPI 6-1													17+ (170)			
265 BPI 1-2						15+ (170)	20++ (170)				18+ (170)			28+++ (170)	18+ (170)	
266 BPI 2-2						22++ (170)								20++ (170)	18+ (170)	
267 BPI 3-2			21++ (170)						21++ (170)					22++ (170)	23++ (170)	
268 BPI 4-2		-16+ (170)	21++ (170)			36+++ (170)		18+ (170)	24+++ (170)		32+++ (170)		-25++ (170)	36+++ (170)	36+++ (170)	
269 BPI 5-2			18+ (170)			31+++ (170)			21++ (170)		26+++ (170)			19+ (170)	33+++ (170)	

Fortsetzung Tabelle 31c:

	(173-182) Leben	183 Soz.-ps.-som. Z.	184 Kl. glückl. -ungl.	185 Kl. ger. un-ger.	186 Kl. str.-n. str.	187 Selbst-zufr.	188 -Ehrg.	189 Nutz. psy-chol. Unt.	190 Klags.	191 Mitt. Soz.	192 Mitt. Int.	193 Symp.	194 SE	195 Ängstl.	196 Belast.	200 FE
270 BPI 6-2																
271 FBL 1-1			20+ (165)				18+ (165)		24++ (165)					18+ (165)	18+ (165)	
272 FBL 1-2									20++ (168)					23++ (168)	16+ (158)	
273 FBL 1-3									22+ (134)							
274 SES 1-1	-24++ (173)		-19+ (168)		16+ (168)	-30+++ (168)		-26+++ (168)			-20++ (168)			-28+++ (168)	-23++ (168)	
275 SES 2-1																
276 SES 3-1									-16+ (165)					-18+ (165)	-18+ (165)	
277 SES 4-1						17+ (165)			17+ (165)					18+ (165)	16+ (165)	
278 SES 5-1		-23++ (164)												21++ (164)		
279 SES 6-1	20+ (172)					18+ (168)			21++ (168)			16+ (168)		17+ (168)		
280 SES 7-1			-16+ (164)	-15+ (164)	17+ (164)	-23++ (164)								-20++ (164)		
281 SES 1-2						-22++ (166)	-17+ (166)		-18+ (166)		-16+ (166)			-19+ (166)	-24++ (166)	
282 SES 2-2		-16+ (166)														
283 SES 3-2																
284 SES 4-2						24+++ (167)			21++ (167)		17+ (167)			16+ (166)	21+ (166)	
285 SES 5-2		-17+ (166)														
286 SES 6-2																17+ (155)
287 SES 7-2						-19+ (167)	-20+ (167)		-16+ (167)		-15+ (167)		17+ (167)	-16+ (167)	-15+ (167)	
288 SES 1-3																
289 SES 2-3														26++ (131)		
290 SES 3-3																
291 SES 4-3						25++ (131)					20+ (131)		-27++ (131)	29++ (131)	26++ (131)	
292 SES 5-3																
293 SES 6-3																
294 SES 7-3					20+ (131)	16+ (171)										-20+ (123)
295 BFB 1-1			15+ (171)		-16+ (171)			-17+ (171)						29+++ (171)	27+++ (171)	15+ (161)

Fortsetzung Tabelle 31c:

	(173-182) Leben	183 Soz.-ps.-som. Z.	184 Kl. glückl. -ungl.	185 Kl. ger. un-ger.	186 Kl. str.-n. str.	187 Selbst-zufr.	188 -Ehrg.	189 Nutz. psy-chol. Unt.	190 Klags.	191 Mitt. Soz.	192 Mitt. Int.	193 Symp.	194 SE	195 Ängstl.	196 Belast.	200 FE
296 BFB 2-1		-18+ (170)	16+ (170)													
297 BFB 3-1			17+ (171)			24++ (171)	20++ (171)		18+ (171)		16+ (171)		-17+ (171)	25++ (171)	25++ (171)	
298 BFB 4-1			20+ (135)	17+ (135)	-19+ (135)									18+ (135)	17+ (135)	
299 BFB 1-2													-23++ (144)	30+++ (144)	30+++ (144)	
300 BFB 2-2		-22++ (141)											-17+ (141)		22++ (141)	
301 BFB 3-2						28+++ (144)	25++ (144)		20+ (144)					22++ (144)	22++ (144)	
302 BFB 4-2			23+ (116)	21+ (116)	-22+ (116)							-20+ (116)	-20+ (116)	30+++ (116)	27++ (116)	
303 BFB 1-3												-19+ (133)	-20+ (133)	30+++ (133)	27++ (133)	

	201 FE Mutt.	202 FE Vat.	203 FE Mutt. Str.	207 FE Str. o.B. BP.	208 FE Tr. o.B. BP.	209 FE Kata-str.	212 FE Ent-behr., Ein-schr.	215 Aff. Tön. Kl.
259 BPI1-1	19+ (159)							
260 BPI2-1		25+++ (156)		19+ (159)				16+ (157)
262 BPI4-1	20++ (159)							16+ (157)
263 BPI5-1	20+ (159)							
264 BPI6-1		-17+ (156)						
265 BPI1-2	17+ (159)							
266 BPI2-2								17+ (157)
267 BPI3-2								18+ (157)
268 BPI4-2	20+ (159)							20+ (157)
269 BPI5-2	21++ (159)							
275 SES2-1				20+ (156)				
276 SES3-1								-17+ (153)
277 SES4-1				21++ (155)				
278 SES5-1				19+ (154)				
280 SES7-1								-18+ (152)
284 SES4-2		-16+ (153)		19+ (156)				
285 SES5-2				18+ (155)				
290 SES3-3			-27+ (59)					
291 SES4-3						19+ (123)		
293 SES6-3							18+ (123)	
295 BFB1-1			24+ (74)					
296 BFB2-1				18+ (160)				
297 BFB3-1							16+ (161)	

Fortsetzung Tabelle 31c:

	201 FE Mutt.	202 FE Vat.	203 FE Mutt. Str.	207 FE Str. o.B. BP.	208 FE Tr. o.B. BP.	209 FE Kata-str.	212 FE Ent-behr., Ein-schr.	215 Aff. Tön. Ki.
299 BFB1-2					18+ (136)			
300 BFB2-2						-19+ (133)		
302 BFB4-2						19+ (108)		

	171 Sorg. Arb.-Pl.	172 Sorg. Fam.	173 Er. Fam. unang.	174 Er. Fam. bel.	175 Er. Ber. unang.	176 Er. Ber. bel.	(173-182) Leben	183 Soz. ps.-som. Z.	184 Ki. glückl.-ungl.	185 Ki. ger. un-ger.	186 Ki. str. n. str.	187 Selbst-zufr.	188 -Ehrg.
304 BFB2-3 Überford.Arb.								-17+ (133)	19+ (133)	19+ (133)			
305 BFB3-3 Unzufr.Arb., Koll.,Bez.		24++ (133)											
306 BFB4-3 Bel.i.Z.m.Ki.			22+ (104)	25+ (104)									
307 Pos.Kurerf. günst.Prog.Arzt (Arztr.1)		-20++ (169)							-17+ (170)				-19+ (170)
308 Ps.ger.Auff. u.pos.Kurerf. Betr.(Betr.r.)	-20+ (169)	-19++ (171)	-20++ (172)	-20++ (172)	-20++ (172)	-17+ (172)	-16+ (178)		-20+ (172)	-25+++ (172)	29+++ (172)	16+ (172)	
309 Psychosom. Gest.Arzt Arztr.2)	-16+ (169)											-22++ (172)	

	(173-182) Leben	183 Soz. ps.-som. Z.	184 Ki. glückl.-ungl.	185 Ki. ger. un-ger.	186 Ki. str. n. str.	187 Selbst-zufr.	188 -Ehrg.	189 Nutz. psy-chol. Unt.	190 Klags.	192 Mitt. Int.	193 Symp.	194 SE	195 Ängstl.	196 Belast.
304 BFB2-3		-17+ (133)	19+ (133)	19+ (133)						23++ (133)				
305 BFB3-3										29+++ (133)		-21+ (133)	23++ (133)	26++ (133)
306 BFB4-3												-22+ (104)		
307 Arztr.1			-17+ (170)				-19+ (170)							
308 Betr.r.	-16+ (179)		-20+ (172)	-25+++ (172)	29+++ (172)	16+ (172)			-22++ (172)		-15+ (172)			-19+ (172)
309 Arztr.2						-22++ (172)		18+ (172)	-24++ (172)	-19+ (172)		16+ (172)	-20++ (172)	-27+++ (172)

	202 FE Vat.	203 FE Mutt. Str.	205 FE Vat. Unt.	206 FE Konfl. Bez.-Pers.	207 FE Str. o.B. BP	209 FE Kata-str.	213 FE Geschw.	215 Aff. Tön. Ki.
304 BFB2-3				-40+ (55)			-20+ (125)	
305 BFB3-3		31+ (60)	26+ (55)			18+ (125)	26++ (124)	
307 Arztr.1		-22+ (73)			-17+ (159)			-26+ (157)
308 Betr.r.			-30+ (66)		-18+ (161)	17+ (161)		
309 Arztr.2	-17+ (158)							

Tab. 31d: Interkorrelationen zwischen medizinischen Variablen und psychologischen Fragebogenvariablen (außer(geschlechtsabhängigen) Körpergröße- und Körpergewichtsdaten)

313 psR Kuranf.-

235	HG1-1 Mißtr.geg. Ärzte u. Therap.	16+	(172)
239	HG1-2 Mißtr.geg. Ärzte u. Therap.	21++	(169)
291	SES4-3 Gedr.St.	24++	(134)
299	BFB1-2 Bel.i.Z. m.Ehe	19+	(146)
303	BFB1-3 Bel.i.Z. m.Ehe	29+++	(136)

314 pdR Kuranf.-

235	HG1-1 Mißtr.geg. Ärzte u. Therap.	-16+	(172)
243	HG1-3 Mißtr.geg. Ärzte u. Therap.	-20+	(137)
244	HG2-3 Risikovermeid.	-19+	(137)
284	SES4-2 Gedr.St.	-15+	(172)
299	BFB1-2 Bel.i.Z. m.Ehe	18+	(146)
301	BFB3-2 Unzufr. Arb., Koll., Bez.	-18+	(146)

315 psR Kure.-

251	FPI2-2 Aggr.	-17+	(141)
253	FPIE-2 Extrav.	-17+	(141)
254	FPIN-1 Em. Lab.	-18+	(141)
266	BPI2-2 Err.	-21+	(140)
279	SES6-1 Müd.	18+	(138)
295	BFB1-1 Bel.i.Z. m.Ehe	17+	(140)
299	BFB1-2 Bel.i.Z. m.Ehe	21+	(111)
303	BFB1-3 Bel.i.Z. m.Ehe	23+	(116)

316 pdR Kure.-

253	FPIE-2 Extrav.	-20+	(141)

317 Puls Kuranf.-

224	KKB2-1 Streß u. Schon.	17+	(163)
225	KKB3-1 Körperleid.u.Org.-Med.	16+	(162)
228	KKB2-2 Streß u. Schon.	18+	(166)
237	HG3-1 Beacht.v. Krankh.anz.	-17+	(170)
238	HG4-1 Mißtr.geg. eig.Körp.	-18+	(170)
242	HG4-2 Mißtr.geg. eig.Körp.	-17+	(166)
253	FPIE-2 Extrav.	-16+	(173)
271	FBL1-1 Allg.	16+	(166)
272	FBL1-2 Allg.	19+	(170)
272	FBL1-3 Allg.	24+	(134)
277	SES4-1 Gedr.St.	20++	(165)
286	SES6-2 Müd.	20++	(168)
289	SES2-3 Mißst.	-19+	(131)
307	Pos.Kurerf., günst.Prog.Arzt (Arztr.1)	-27+++	(172)

317 Puls Kure.-

216	EzK1 Erw.befr. Ges.-Zust.	-20+	(111)
219	BdK1 Glob.subj. Kurerf.	-20+	(111)
224	KKB2-1 Streß u. Schon.	-16+	(166)
228	KKB2-2 Streß u. Schon.	-17+	(167)
253	FPIE-2 Extrav.	-20+	(114)
259	BPI1-1 Geh.	19+	(142)
271	FBL1-1 Allg.	24+	(111)
273	FBL1-3 Allg.	23+	(91)
274	SES1-1 Geh.St.	-20++	(112)
279	SES6-1 Müd.	24+	(112)

317 Puls Kure.(Forts.)-

284	SES4-2 Gedr.St.	28++	(110)
286	SES6-2 Müd.	24++	(110)
295	BFB1-2 Bel.i.Z. m.Ehe	25++	(90)
347	Pos.Kurerf., günst.Prog.Arzt (Arztr.1)	-24++	(117)

319 Cholest.-

219	BdK1 Glob.subj. Kurerf.	16+	(173)
223	KKB1-1 Seel.psychosoz.Probl., Ps.-Th.	-16+	(166)
227	KKB1-2 Seel.psychosoz.Probl., Ps.-Th.	-18+	(172)
242	HG4-2 Mißtr.geg. eig.Körp.	17+	(169)
258	FPIN-3 Em. Lab.	-18+	(135)
262	BPI4-1 Depr.	-20++	(174)
265	BPI1-2 Geh.	-19++	(175)
266	BPI2-2 Err.	-15+	(175)
268	BPI4-2 Depr.	-18+	(175)
269	BPI5-2 Int.	-15+	(175)
271	FBL1-1 Allg.	16+	(173)
283	SES3-2 Akt.	15+	(144)
288	SES1-3 Geh.St.	17+	(134)
294	SES7-3 Ausg.St.	19+	(134)
301	BFB3-2 Unzufr. Arb., Koll., Bez.	-27+++	(136)

321 Cholest.Nachpr.-

238	HG4-1 Mißtr.geg. eig.Körp.	-40+++	(69)
240	HG2-2 Risikovermeid.	-36++	(65)
249	FPIE-1 Extrav.	27+	(27)
293	SES6-3 Müd.	-27+	(53)
294	SES7-3 Ausg.St.	-27+	(53)
304	BFB2-3 Überford. Arb.	-33+	(53)

322 Cholest.Nachpr.erh.-

286	SES6-2 Müd,	16+	(173)
294	SES7-3 Ausg.St.	-18+	(136)

323 Trigl.-

276	SES1-3 Geh.St.	17+	(134)
285	SES3-3 Akt.	19+	(134)
290	SES7-3 Ausg.St.	21+	(134)
303	BFB3-1 Unzufr.	-24+++	(172)
304	BFB3-2 Arb.,	-23++	(145)
305	BFB3-3 Koll.,Bez.	-22++	(136)

324 Trigl.erh.-

250	FPIN-1 Em. Lab.	-15+	(177)

325 Trigl.Nachpr.-

223	KKB1-1 Seel.psychosoz.Probl., Ps.-Th.	37+	(29)
226	KKB4-1 Bel.unbefr.Arb.-Sit., H.z.Zufr.	47+	(29)
227	KKB1-2 Seel.psychosoz.Probl., Ps.-Th.	35+	(27)
230	KKB4-2 Bel.unbefr.Arb.-Sit., H.z.Zufr.	48+	(27)
234	KKB4-3 Bel.unbefr.Arb.-Sit., H.z.Zufr.	42+	(23)
247	FPIN-1 Em. Lab.	45+	(30)
266	BPI2-2 Err.	43+	(30)
268	BPI4-2 Depr.	43+	(30)

325 Trigl.Nachpr.(Forts.)-

277	SES4-1 Gedr.St.	36+	(29)
307	Pos.Kurerf., günst.Prog.Arzt (Arztr.1)	-40+	(28)

326 Trigl.Nachpr.erh.-

226	KKB1-4 Bel.unbefr.Arb.-Sit., H.z.Zufr.	23++	(168)
264	BPI6-1 Lüg.	18+	(175)
297	BFB3-1 Unzufr. Arb., Koll., Bez.	16+	(175)

327 Harns.-

217	EzK2 Erw.Entl.v. allt.Anf.,Ausspr.,Kont.	-15+	(171)
219	BdK1 Glob.subj. Kurerf.	15+	(172)
236	HG2-1 Risikovermeid.	19+	(173)
246	HG4-3 Mißtr.geg. eig.Körp.	20+	(137)
250	FPIN-1 Em. Lab.	-21++	(175)
251	FPIN-2 Em. Lab.	-20++	(176)
255	FPIN-3 Em. Lab.	-21+	(135)
259	BPI1-1 Geh.	-23++	(174)
261	BPI3-1 Nerv.	-24++	(174)
262	BPI4-1 Depr.	-16+	(174)
263	BPI5-1 Int.	-18+	(174)
266	BPI1-2 Geh.	-23++	(175)
267	BPI3-2 Nerv.	-22++	(175)
268	BPI4-2 Depr.	-15+	(175)
269	BPI5-2 Int.	-16+	(175)
271	FBL1-1 Allg.	-26+++	(169)
272	FBL1-2 Allg.	-19+	(173)
273	FBL1-3 Allg.	-30+++	(137)
274	SES1-1 Geh.St.	16+	(171)
276	SES3-1 Akt.	17+	(166)
280	SES7-1 Ausg.St.	19+	(167)
283	SES3-2 Akt.	21++	(171)
287	SES7-2 Ausg.St.	17+	(171)
289	SES2-3 Mißst.	-25++	(134)
290	SES4-3 Gedr.St.	-29+++	(134)
297	BFB3-1 Unzufr. Arb., Koll., Bez.	-18+	(173)
298	BFB4-1 Bel.i.Z. m.Ki.	-17+	(138)
300	BFB2-2 Überford. Arb.	-16+	(143)
301	BFB3-2 Unzufr. Arb., Koll., Bez.	-19+	(146)
302	BFB4-2 Bel.i.Z. m.Ki.	-21+	(118)
305	BFB3-3 Unzufr. Arb., Koll., Bez.	-16+	(136)
306	BFB4-3 Bel.i.Z. m.Ki.	-28++	(107)

328 Harns.erh.-

249	FPIE-1 Extrav.	16+	(177)
306	BFB4-3 Bel.i.Z. m.Ki.	19+	(108)

329 Harns.Nachpr.-

245	HG3-3 Beacht.v. Krankh.anz.	45+	(25)
303	BFB1-3 Bel.i.Z. m.Ehe	-39+	(24)
304	BFB2-3 Überford. Arb.	-45+	(24)

Fortsetzung Tabelle 31d:

330 Harns.Nachpr.erh.-

236 HG2-1 Risikovermeid. -20++ (175)

331 ♂ -GT-

217 EzK2 Erw.Entl.v. allt.Anf.,Ausspr.,Kont. 25+++(170)
219 BdK1 Glob.subj. Kurerf. 16+ (172)
220 BdK2 Zufr.med. Unt.Beh. 17+ (172)
235 HG1-1 Mißtr.geg. Ärzte u. Therap. 16+ (171)
283 SES3-2 Akt. 17+ (170)
288 SES1-3 Geh.St. 18+ (134)
294 SES7-3 Ausg.St. 17+ (134)

333 ♂ -GT Nachpr.-

277 SES4-1 Gedr.St. 45+ (26)
279 SES6-1 Müd. 39+ (29)
307 Pos.Kurerf., günst.Prog.Arzt Arztr.1) -40+ (28)

334 ♂ -GT Nachpr.erh.-

219 BdK1 Glob.subj. Kurerf. -19+ (175)
220 BdK2 Zufr.med. Unt.Beh. -17+ (175)
235 HG1-1 Mißtr.geg. Ärzte u. Therap. -20++ (174)
287 SES7-2 Ausg.St. -15+ (173)
288 SES1-3 Geh.St. -25++ (136)
294 SES7-3 Ausg.St. -23++ (136)
305 BFB3-3 Unzufr. Arb., Koll., Bez. 25++ (138)

335 Harnst.-

255 FPI2-3 Aggr. -16+ (135)
257 FPIE-3 Extrav. -18+ (135)
270 BPI6-2 Lüg. 19+ (175)
298 BFB4-1 Bel.i.Z. m.Kl. 20+ (138)

336 BKS 1.St.-

224 KKB2-1 Streß u. Schon. 25+++(166)
225 KKB3-1 Körperleid.u.Org.-Med. 16+ (165)
228 KKB2-2 Streß u. Schon. 21++ (170)
237 HG3-1 Beacht.v. Krankh.anz. -18+ (173)
243 HG1-3 Mißtr.geg. Ärzte u. Therap. 31+++(137)
244 HG2-3 Risikovermeid. 33+++(137)
261 BPI3-1 Nerv. 17+ (174)
262 BPI3-2 Nerv. 15+ (175)
272 FBL1-2 Allg. 18+ (173)
273 FBL1-3 Allg. 20+ (137)
290 SES3-3 Akt. -29+++(134)
307 Pos.Kurerf., günst.Prog.Arzt (Arztr.1) -19+ (175)

337 BKS 2.St.-

224 KKB2-1 Streß u. Schon. 24++ (165)
243 HG1-3 Mißtr.geg. Ärzte u. Therap. 26++ (137)
244 HG2-3 Risikovermeid. 30+ (137)
248 FPI9-1 Offen. -15+ (175)
261 BPI3-1 Nerv. 19+ (174)
267 BPI3-2 Nerv. 18+ (175)
272 FBL1-2 Allg. 22++ (173)
273 FBL1-3 Allg. 17+ (137)
274 SES1-1 Geh.St. -17+ (171)

337 BKS 2.St.(Forts.)-

281 SES1-2 Geh.St. -17+ (171)
284 SES4-2 Gedr.St. 15+ (172)
286 SES6-2 Müd. 28+++(171)
290 SES3-3 Akt. -26++ (134)
297 BFB3-1 Unzufr. Arb., Koll., Bez. 15+ (173)
298 BFB4-1 Bel.i.Z. m.Kl. 24+ (138)
303 BFB1-3 Bel.i.Z. m.Ehe 19+ (136)

338 BKS erh.-

224 KKB2-1 Streß u. Schon. 17+ (166)
228 KKB2-2 Streß u. Schon. 15+ (172)

339 BKS 1.St.Nachpr.-

222 BdK4 Pos.Bew. psych.Kurm. -44+ (24)
229 HG2-3 Risikovermeid. 59+ (21)
270 BPI6-2 Lüg. 48+ (23)
304 BFB2-3 Überford. Arb. 53+ (20)

340 BKS 2.St.Nachpr.-

222 BdK4 Pos.Bew. psych.Kurm. -45+ (24)
244 HG2-3 Risikovermeid. 60++ (21)
270 BPI6-2 Lüg. 54++ (23)
297 BFB3-1 Unzufr. 39+ (23)
301 BFB3-2 Arb., Koll., Bez. 53+ (20)
305 BFB2-3 Überford. Arb. 55+ (20)

341 BKS Nachpr.erh.-

224 KKB2-1 Streß u. Schon. 16+ (168)
243 HG1-3 Mißtr.geg. Ärzte u. Therap. -23++ (139)
244 HG2-3 Risikovermeid. -22+ (139)
299 SES1-2 Geh.St. 15+ (173)
302 SES4-2 Gedr.St. -16+ (174)
286 SES6-2 Müd. -23++ (173)
290 SES3-3 Akt. 19+ (136)

342 Leuko.-

250 FPIN-1 Em. Lab. -20++ (175)
253 FPIE-2 Extrav. 22++ (176)
254 FPIN-2 Em. Lab. -20++ (176)
258 FPIN-3 Em. Lab. -21+ (135)
259 BPI1-1 Geh. -17+ (174)
262 BPI4-1 Depr. -20+ (174)
263 BPI5-1 Int. -15+ (174)
265 BPI1-2 Geh. -16+ (175)
266 SES2-2 Mißst. -15+ (171)
283 SES3-2 Akt. 18+ (171)
285 SES5-2 Träge. -15+ (170)
287 SES7-2 Ausg.St. 23+ (171)

343 Ery.-

217 EzK2 Erw.Entl.v. allt.Anf.,Ausspr.,Kont. -25+++(171)
219 BdK1 Glob.subj. Kurerf. 22++ (173)
223 KKB1-1 Seel.psychosoz.Probl., Ps.-Th. -22++ (166)
224 KKB2-1 Streß u. Schon. -32+++(166)
227 KKB1-2 Seel.psychosoz.Probl., Ps.-Th. -20++ (169)

343 Ery.(Forts.)-

228 KKB2-2 Streß u. Schon. -36+++(169)
232 KKB2-3 Streß u. Schon. -29++ (131)
236 HG2-1 Risikovermeid. 15+ (173)
238 HG4-1 Mißtr.geg. 19+ (173)
242 HG4-2 eig. 15+ (169)
246 HG4-3 Körp. 20+ (137)
250 FPIN-1 Em. Lab. -20++ (175)
253 FPIE-2 Extrav. 22++ (176)
254 FPIN-2 Em. Lab. -20++ (176)
258 FPIN-3 Em. Lab. -22+ (135)
259 BPI1-1 Geh. -28+++(174)
261 BPI3-1 Nerv. -41+++(174)
262 BPI4-1 Depr. -25+++(174)
263 BPI5-1 Int. -23++ (174)
265 BPI1-2 Geh. -25+++(175)
266 BPI2-2 Err. -15+ (175)
267 BPI3-2 Nerv. -32+++(175)
268 BPI4-2 Depr. -18+ (175)
271 FBL1-1 Allg. -22++ (169)
272 FBL1-2 Allg. -28+++(173)
273 FBL1-3 Allg. -22++ (137)
274 SES1-1 Geh.St. 18+ (171)
276 SES3-1 Akt. 27+++(166)
279 SES6-1 Müd. -18+ (170)
280 SES7-1 Ausg.St. 20++ (167)
281 SES1-2 Geh.St. 15+ (171)
282 SES2-2 Mißst. -20++ (171)
283 SES3-2 Akt. 21++ (171)
284 SES4-2 Gedr.St. -18+ (172)
286 SES6-2 Müd. -23++ (171)
287 SES7-2 Ausg.St. 16+ (171)
288 SES1-3 Geh.St. 22+ (134)
290 SES3-3 Akt. 25++ (134)
291 SES4-3 Gedr.St. -30+++(134)
297 BFB3-1 Unzufr. Arb., Koll., Bez. -21++ (173)
300 BFB2-2 Überford. Arb. -22+ (143)
301 BFB3-2 Unzufr. Arb., Koll., Bez. -17+ (146)
302 BFB4-2 Bel.i.Z. m.Kl. -19+ (118)
303 BFB1-3 Bel.i.Z. m.Ehe -24++ (136)
305 BFB3-3 Unzufr. Arb., Koll., Bez. -24++ (136)
306 BFB4-3 Bel.i.Z. m.Kl. -19+ (107)
307 Pos.Kurerf., günst.Prog.Arzt (Arztr.1) 31+++(175)

344 Hämogl.-

216 EzK1 Erw.befr. Ges.-Zust. -16+ (171)
217 EzK2 Erw.Entl.v. allt.Anf.,Ausspr.,Kont. -18+ (171)
219 BdK1 Glob.subj. Kurerf. 18+ (173)
224 KKB2-1 Streß u. Schon. -29+++(165)
225 KKB3-1 Körperleid.u.Org.-Med. -19+ (164)
228 KKB2-2 Streß u. Schon. -27++ (169)
229 KKB2-3 Streß u. Schon. -22+ (134)
236 HG2-1 Risikovermeid. 20++ (173)
242 HG4-1 Mißtr.geg. eig.Körp. 18+ (173)
250 FPIN-1 Em. Lab. -16+ (175)
254 FPIN-2 Em. Lab. -18+ (176)

Fortsetzung Tabelle 31d:

344 Hämogl.(Forts.)-

258	FPIN-3	Em. Lab.	-19+	(135)
259	BPI1-1	Geh.	-19+	(174)
261	BPI3-1	Nerv.	-32+++	(174)
262	BPI4-1	Depr.	-18+	(174)
263	BPI5-1	Int.	-17+	(174)
265	BPI1-2	Geh.	-17+	(175)
267	BPI3-2	Nerv.	-27+++	(175)
271	FBL1-1	Allg.	-20++	(169)
272	FBL1-2	Allg.	-25+++	(173)
273	FBL1-3	Allg.	-20+	(137)
274	SES1-1	Geh.St.	22++	(171)
276	SES3-1	Akt.	24++	(166)
280	SES7-1	Ausg.St.	19+	(167)
286	SES6-2	Müd.	-15+	(171)
288	SES1-3	Geh.St.	26++	(134)
290	SES3-3	Akt.	23++	(134)
291	SES4-3	Gedr.St.	-27++	(134)
300	BFB2-2	Überford. Arb.	-21+	(143)
303	BFB1-3	Bel.i.Z. m.Ehe	-19+	(136)
307	Pos.Kurerf., günst.Prog.Arzt (Arztr.1)		23++	(175)

345 Hauptdiag.-

250	FPIN-1	Em. Lab.	-15+	(177)
252	FPI9-2	Offen.	-17+	(178)
260	BPI2-1	Err.	-22++	(175)
261	BPI3-1	Nerv.	-16+	(175)
266	BPI2-2	Err.	-22++	(176)
267	BPI3-2	Nerv.	-21++	(176)
268	BPI4-2	Depr.	-15++	(176)
280	SES7-1	Ausg.St.	18+	(169)
281	SES1-2	Geh.St.	15+	(173)
282	SES2-2	Mißst.	-16+	(173)
285	SES5-2	Trägh.	-20++	(172)
286	SES6-2	Müd.	-16+	(173)
287	SES7-2	Ausg.St.	17+	(173)
307	Pos.Kurerf., günst.Prog.Arzt (Arztr.1)		-25+++	(177)

Tab. 32: Interkorrelationen zwischen gruppeneinteilungsrelevanten Merkmalen. Darstellung der signifikanten Korrelationskoeffizienten (r; bei p ≤ 05 +, ≤ 01 ++, ≤ 001 +++) sowie (jeweils unterhalb von r) der Stichprobengrößen (N)

	1	2	3	5	7	15	16	30	66	82	(173-182)	196	(154-163)	345	347
1 Alt.															
2 Alt.-Gr.	83+++ (180)														
3 Geschl.		-15+ (180)													
5 Fam.-St.															
7 Z.d.Ki.															
15 Abg.Ber.-Ausb.	18+ (178)		44+++ (178)												
16 Ber.-Tät.						-23++ (178)									
30 Schicht		17+ (175)													
66 Rauch.			18+ (178)												
82 Erstkurg./Kurwiederh.															
(173-182) Leben										19+ (177)		21++ (172)			
196 Belast.			18+ (172)								23++ (172)		24++ (139)		
(154-163) Life	-23++ (139)	-21 (139)	16+ (138)									20+ (139)			
345 Hauptdiag.												-19+ (172)			
347 Zus.psych. Beh.												40+++ (169)		-16+ (177)	

Tab. 33: Interkorrelationen zwischen der dichotomisierten Variable der zusätzlichen psychologischen Behandlung (1=ja, 2=nein) und den übrigen Variablen sowie zwischen der Zahl der Sitzungen im Rahmen der erhaltenen zusätzlichen psychologischen Behandlung und den übrigen Variablen. Darstellung signifikanter Korrelationskoeffizienten (r; bei p ≤ 05 +, ≤ 01 ++, ≤ 001 +++) und (jeweils unterhalb von r) der Stichprobengrößen (N). Polung siehe Grundauswertungstabelle 1 (umgekehrte Polung der HG-Variablen).

	347 Zus. psych. Beh.	348 Z.d. Beh.-Kont.
Anamnest. Erhebungsbog.		
15 Abg.Ber.-Ausb.	17+ (177)	
23 nicht gen. verd.	38++ (147)	
29 Arb.-Zt.		52++ (28)
30 Schicht		54++ (28)
58 St.Schlaf		-39+ (28)
74 Schlaftbl. i.l.J.		48+ (28)
Katamnest. Erhebungsbog.		
Σ 84, 85, 86 Katamn.BdK	-25++ (139)	
89 Morg.gymn. Häufigk.		46+ (23)
99 Psych.Behandl.hilfr.		51+ (23)
106 Z.Zt.arb.l.	-29++ (138)	
124 Häufigk.d. Krankenh. aufenth.	31+++ (139)	
129 Überwieg. Freiz.-Gest.	29++ (138)	
151 Psychol.usw. aufg.1.6 Mo.	23++ (137)	
154 Er.Fam. unang.	20+ (138)	
155 Er.Fam. bel.	20+ (138)	
156 Er.Ber. unang.	18+ (139)	
165 Er.Ber.bel.	17+ (139)	
Psycholog. Interview		
172 Sorg. Fam.	-26+++ (168)	
173 Er.Fam. unang.	-26+++ (168)	
174 Er.Ber.bel.	-26+++ (168)	
(173-182) Leben	-15+ (177)	
183 Soz.ps. som.Z.	30+++ (169)	
184 Ki.glückl.-ungl.	-23++ (169)	
185 Ki.ger.-unger.	-23++ (169)	
187 Selbstzufr.	-21++ (169)	41+ (28)
189 Nutz.psychol.Unt.	38+++ (169)	49+ (28)
191 Mitt.Soz.		49+ (28)
192 Mitt.Int.	17+ (172)	38+ (28)
193 Ängstl.	-29+ (172)	
194 Belast.	-40+++ (172)	
197 FE.ges.	-18+ (172)	52+ (23)
201 FE Mutt.	-26+++ (158)	
202 FE Vat.	-18+ (155)	
Psycholog. Fragebogen		
217 EzK2 Erw. Entl.v.allt. Anf.,Ausspr., Kont.	-58+++	38+
218 EzK3 Erw.natürl.Heilm., Erf.-Zuv.		-44+ (29)
256 FPI9-1 Offen.	-18+ (172)	
262 BPI4-1 Depr.		39+ (29)
273 FBL1-3 Allg.	19+ (138)	
277 SES4-1 Gedr. St.		39+ (28)
298 BFB4-1 Bel. i.Z.m.Ki.	19+ (148)	
300 BFB2-2 Überford.Arb.	17+ (170)	
305 BFB3-3 Unzufr.Arb., Koll.,Bez.	20+ (131)	
Mediz.Variabl.		
311 Gew.Kuranf.		-53++ (29)
312 Gew.Kure.		-49++ (29)
337 BKS 1.St.	20+ (177)	

Tab.34: Chi-Quadrat-Tests und ein- und mehrfaktorielle Varianzanalysen zum Vergleich der Stichprobe der der behandelten LVA-Kurpatienten und der unbehandelten Vergleichspersonen

Tab. 34a: Antwortverteilungen und Gruppenunterschiede (Chi-Quadrat) in vergleichbaren, besonders nach Gesichtspunkten der qualitativen oder dichotomen Stufung, der nicht hinreichend gegebenen Normalverteilung oder/und der geringen Besetzungshäufigkeit ausgewählten Variablen des Anamnestischen Erhebungsbogens anhand der Unterscheidung zwischen der jeweils gesamten, männlichen und weiblichen Stichprobe der LVA-Kurpatienten und unbehandelten Vergleichspersonen (LVA-PG und VG). Pro Variable Darstellung von absoluten und relativen Häufigkeiten und der p-Werte zum Chi-Quadrat

Nr.	Variable	Skalen/ Polung	Aufteilung nach Zugehörigkeit zur gesamten Gruppe der LVA-Kurpatienten oder Vergleichspersonen					Aufteilung nach Zugehörigkeit zur männlichen Gruppe der LVA-Kurpatienten oder Vergleichspersonen					Aufteilung nach Zugehörigkeit zur weiblichen Gruppe der LVA-Kurpatienten oder Vergleichspersonen				
			absolute Häufigkeiten LVA-PG	VG	relative Häufigkeiten LVA-PG	VG	Chi-Quadrat p	absolute Häufigkeiten LVA-PG	VG	relative Häufigkeiten LVA-PG	VG	Chi-Quadrat p	absolute Häufigkeiten LVA-PG	VG	relative Häufigkeiten LVA-PG	VG	Chi-Quadrat p
2	Alt.-Gr.	1=30-40J.	103	69	57.2	86.2	.000	69	36	57.7	80.0	.002	34	33	69.4	94.3	.012
		2=41-50J.	77	11	42.8	13.7		62	9	47.3	20.0		15	2	30.6	5.7	
3	Geschl.	1=männl.	131	45	72.8	56.3	.012	131	45								
		2=weibl.	49	35	27.2	43.7							49	35			
4	Wohno.	1=Dorf	83	27	46.9	34.2	.006	62	21	48.1	46.7	.139	21	6	43.8	17.6	.022
		2=Kleinst.	51	17	28.8	21.5		38	8	29.5	17.8		13	9	27.1	26.5	
		3=Großst.	43	35	24.3	44.3		29	16	22.5	35.6		14	19	29.2	55.9	
5	Fam.-St.	1=ledig	16	8	8.7	10.0	.073	13	4	9.9	8.9	.367	3	4	6.1	11.4	.216
		2=verheir.	152	64	84.6	80.0		114	38	87.0	84.4		38	26	77.6	74.3	
		3=verwitw.	0	0	.0	.0		0	0	.0	.0		0	0	.0	.0	
		4=getr.leb.	0	3	.0	3.8		0	1	.0	2.2		0	2	.0	5.7	
		5=gesch.	12	5	6.7	6.3		4	2	3.1	4.4		8	3	16.3	8.6	
6	Ehep. ber.-tät.	1=Ja	86	43	57.6	66.2	.313	53	18	46.9	46.2	.916	33	25	91.7	96.2	.852
		2=nein	63	22	42.4	33.8		60	21	53.1	53.8		3	1	8.3	3.8	
7	Z.d. Ki.	Anzahl 0	29	19	16.5	23.7	.211	22	9	16.9	20.0	.819	7	10	15.2	28.6	.140
		1	102	47	58.0	58.7		77	27	59.2	60.0		25	20	54.3	57.1	
		≥2	45	14	25.6	17.5		31	9	23.8	20.0		14	5	30.4	14.3	
8	Nettoverd.	1=bis 500DM	12	8	7.1	11.0	.039	2	1	1.6	2.2	.180	10	7	23.3	25.0	.400
		2= " 1000	29	12	17.2	16.4		7	2	5.6	4.4		22	10	51.2	35.7	
		3= " 1500	58	34	40.2	46.6		58	24	46.0	53.3		10	10	23.3	35.7	
		4= " 2000	46	11	27.2	15.1		46	11	36.5	24.4		0	0	.0	.0	
		5= " 3000	14	5	8.3	6.8		13	5	10.3	11.1		1	0	2.3	.0	
		6=üb.3000	0	3	.0	4.1		0	2	.0	4.4		0	1	.0	3.6	
15	Abg. Ber.-Ausb.	1 = ja	111	73	62.3	91.2	.000	98	43	75.4	95.6	.006	13	30	27.1	85.7	.000
		2 = nein	67	7	37.7	8.8		32	2	26.6	4.4		35	5	72.9	14.3	
27	Ber.-Beanspr.	1=geist.	12	18	7.0	25.4	.000	11	9	8.5	22.5	.001	1	9	2.4	29.0	.000
		2=körperl.	82	9	47.7	12.7		48	4	36.9	10.0		34	5	81.0	16.1	
		3=beides	78	44	45.3	62.0		71	27	54.6	67.5		7	17	16.7	54.8	
29	Arb.-Zt.	1=stund.w.	3	4	1.7	5.3	.006	1	0	.8	.0	.231	2	4	4.5	13.3	.043
		2=halbtags	6	7	3.5	9.3		1	1	.8	2.2		5	6	11.4	20.0	
		3=8St./T.	111	32	64.5	42.7		80	21	62.5	46.7		31	11	70.5	36.7	
		4=üb.8St./T.	52	32	30.2	42.7		46	23	35.9	51.1		6	9	13.6	30.0	
30	Schicht	1 = ja	34	7	19.4	9.9	.102	26	7	20.0	16.7	.801	8	0	17.8	.0	.043
		2 = nein	141	64	80.6	90.1		104	35	80.0	83.3		37	29	82.2	100.0	
31	Art d. Schicht	1=Frühsch.	4	0	12.1	.0	.072	3	0	12.0	.0	.003					
		2=Spätsch.	6	3	18.2	42.9		4	3	16.0	42.9						
		3=Nachtsch.	4	2	12.1	28.6		0	2	.0	28.6						
		4=Früh-u. Spätsch.	3	2	9.1	28.6		2	2	8.0	28.6						
		5=Früh-, Spät-u. Nachtsch.	16	0	48.5	.0		16	0	64.0	.0						
32	Körp. äuß.Bel.	1 = ja	139	21	78.5	26.6	.000	104	15	80.6	34.1	.000	35	6	72.9	17.1	.000
		2 = nein	38	58	21.5	73.4		25	29	19.4	65.9		13	29	27.1	82.9	
33	Neb.-Tät.	1 = ja	43	13	24.3	17.6	.317	33	8	25.4	19.1	.529	10	5	21.3	15.6	.736
		2 = nein	134	61	75.7	82.4		97	34	74.6	80.9		37	27	79.7	84.4	
34	Z.d.z. Erhol. gen. Url.-T.	Anz.Tage 0 - 7	40	10	23.2	12.6	.008	30	5	23.2	11.0	.020	10	5	23.3	14.3	.041
		7 - 14	57	22	33.0	27.5		41	12	32.5	26.6		16	10	37.3	28.7	
		8 - 21	31	29	18.0	36.1		27	15	20.7	33.3		4	14	9.3	40.0	
		22 - 28	23	15	13.2	18.8		10	2	7.7	4.4		5	6	11.7	17.3	
		29 - 35	18	4	10.4	5.0		10	2	7.7	4.4		8	2	18.6	5.8	
		36 - 42	4	0	2-2	.0		4	0	3.1	.0		0	0	.0	.0	
36	Häufgk. d. Krankm. 1.2 J.	Anzahl 0	25	36	14.0	45.0	.001	19	16	14.6	35.6	.082	6	20	12.5	57.1	.002
		1	52	17	29.3	21.2		37	12	28.5	26.7		15	5	31.3	14.3	
		2	46	17	25.8	21.2		34	12	26.2	26.7		12	5	25.0	14.3	
		3	23	7	12.9	8.8		19	4	14.6	8.9		4	3	8.3	8.6	
		4	20	1	11.2	1.3		12	0	9.2	.0		8	1	16.7	2.9	
		5	7	2	3.9	2.5		5	1	3.8	2.2		2	1	4.2	2.9	
		6	2	0	1.1	.0		2	0	1.5	.0		0	0	.0	.0	
		7	0	0	.0	.0		0	0	.0	.0		0	0	.0	.0	
		8	1	0	.6	.0		1	0	.8	.0		0	0	.0	.0	
		9	1	0	.6	.0		1	0	.8	.0		0	0	.0	.0	
		10	1	0	.6	.0		0	0	.0	.0		1	0	2.1	.0	

Fortsetzung Tabelle 34a:

Nr.	Variable	Skalen/ Polung	Gesamte Stichprobe von LVA-PG und VG					Männliche Stichprobe von LVA-PG und VG					Weibliche Stichprobe von LVA-PG und VG				
			LVA-PG	VG	LVA-PG	VG	p	LVA-PG	VG	LVA-PG	VG	p	LVA-PG	VG	LVA-PG	VG	p
37	Dauer d. Krankm. 1.2J.	Anzahl Wochen	75	61	42.2	76.1	.011	59	34	45.4	75.5	.088	16	27	33.5	77.1	.062
			44	15	24.7	18.8		33	9	25.4	20.0		11	6	23.0	17.2	
			26	3	14.0	3.8		17	1	13.1	2.2		8	2	16.8	5.7	
			18	0	10.1	.0		13	0	10.0	.0		5	0	10.5	.0	
			5	1	2.9	1.3		3	1	2.4	2.2		2	0	4.2	.0	
			6	0	3.3	.0		2	0	1.5	.0		4	0	8.4	.0	
			1	0	.6	.0		1	0	.8	.0		0	0	.0	.0	
			1	0	.6	.0		1	0	.8	.0		0	0	.0	.0	
			1	0	.6	.0		1	0	.8	.0		0	0	.0	.0	
			2	0	1.0	.0		0	0	.8	.0		2	0	4.2	.0	
38	Volks-sch. Vater	1 = ja	99	61	55.5	76.2	.002	74	30	56.9	66.7	.331	25	31	52.1	88.6	.001
		2 = nein	79	19	445.	23.7		56	15	43.1	33.3		23	4	47.9	11.4.	
45	Zahl d. Geschw.	Anzahl 0	29	8	16.3	10.0	.058	17	4	13.2	8.9	.035	12	4	25.5	11.4	.563
		1	42	21	23.8	26.2		30	12	23.3	26.7		12	9	25.5	25.7	
		2	25	10	14.3	12.2		22	5	17.1	11.1		3	5	6.4	14.3	
		3	27	14	15.4	17.5		19	5	14.7	11.1		8	9	17.0	25.7	
		4	18	10	10.2	12.5		14	5	10.9	11.1		4	5	8.5	14.3	
		5	10	5	5.7	6.3		9	4	7.0	8.9		1	1	2.1	2.9	
		6	7	8	4.0	10.0		4	6	3.1	13.3		3	2	6.4	5.7	
		7	9	0	5.1	.0		8	0	6.2	.0		1	0	2.1	.0	
		8	6	0	3.4	.0		4	0	3.1	.0		2	0	4.3	.0	
		9	3	4	1.7	5.1		2	4	1.6	8.8		1	0	2.1	.0	
46	Aufgew. Fam.	1 = ja	163	76	91.6	100.0	.020	120	43	92.3	100.0	.134	43	33	89.6	100.0	.149
		2 = nein	15	0	8.4	.0		10	0	7.7	.0		5	0	10.4	.0	
47	Aufgew. o.Vater	1 = ja	44	16	25.0	37.2	.156	26	7	20.2	30.4	.408	18	9	38.3	45.0	.811
		2 = nein	132	27	75.0	62.8		103	16	79.8	69.6		29	11	61.7	55.0	
48	Aufgew. o.Mutt.	1 = ja	16	2	9.0	5.3	.666	11	0	8.5	.0	.373	5	2	10.4	11.1	.713
		2 = nein	162	36	91.0	94.7		119	20	91.5	100.0		43	16	89.6	88.9	
49	Unehel.	1 = ja	9	3	5.1	7.7	.803	7	1	5.4	5.0	.649	2	2	4.3	10.3	.691
		2 = nein	167	36	94.9	92.3		122	19	94.6	95.0		45	17	95.7	89.7	
50	Aufgew. o.Elt.	1 = ja	11	1	6.3	2.6	.624	7	0	5.5	.0	.613	4	1	8.3	5.6	.887
		2 = nein	165	37	93.8	94.7		121	20	94.5	100.0		44	17	91.7	94.4	
51	Aufgew. b.Verw.	1 = ja	21	3	11.8	7.5	.613	13	2	10.0	9.1	.799	8	•1	16.7	5.6	.442
		2 = nein	157	37	88.2	92.5		117	20	90.0	90.9		40	17	83.3	94.4	
52	Aufgew. Heim	1 = ja	5	2	2.9	5.1	.823	1	0	.8	.0	.287	4	2	8.3	10.5	.848
		2 = nein	170	37	97.1	94.9		126	20	99.2	100.0		44	17	91.7	89.5	
53	Wo. aufgew.	1 = Dorf	123	42	69.9	52.5	.002	87	28	67.4	62.2	.455	36	14	76.6	40.0	.001
		2 = Kleinst.	34	16	19.3	20.0		26	8	20.2	17.8		8	8	17.0	29.9	
		3 = Großst.	19	22	10.8	27.5		16	9	12.4	20.0		3	13	6.4	37.1	
54	St. Erhol./ T.	Anzahl 0	29	1	16.7	1.3	.029	18	1	14.3	2.2	.049	11	0	22.9	.0	.031
		St/T. 1	39	15	22.4	18.8		27	9	21.4	20.0		12	6	21.4	17.1	
		2	48	26	27.6	32.5		32	15	25.4	33.3		16	11	25.4	31.4	
		3	38	21	21.7	26.2		33	13	26.2	28.9		5	8	26.2	22.9	
		4	13	11	7.5	13.7		11	4	8.7	8.9		2	7	8.7	20.0	
		5	7	6	4.0	7.6		5	3	4.0	6.6		2	3	4.0	8.6	
55	Überw. Freiz.-Gest.	1=überw. durch körperl.B	110	36	62.9	45.0	.011	94	22	73.4	48.9	.005	16	14	34.0	40.0	.747
		2=überw. durch sonst.B	65	44	37.1	37.1		34	23	26.6	51.5		31	21	66.0	60.0	
56	Erhol.-Gef.n. Wochene.	1 = ja	106	59	59.9	78.8	.022	84	32	65.1	74.4	.347	22	27	45.8	77.1	.008
		2 = nein	71	19	40.1	21.2		45	11	34.9	25.6		26	8	54.2	22.9	
57	Erhol.-Gef.n. Urlaub	1 = ja	129	68	72.9	87.2	.019	98	39	76.0	88.6	.116	31	29	64.6	85.3	.067
		2 = nein	48	10	27.1	12.8		31	5	24.0	11.4		17	5	35.4	14.7	
59	Morg. ausge-schl.	1 = ja	89	51	50.3	63.7	.061	72	31	55.8	68.9	.173	17	20	35.4	57.1	.081
		2 = nein	88	29	49.7	36.2		57	14	44.2	31.1		31	15	64.6	42.9	
60	Schlaf-stör.	1 = ja	101	20	56.7	25.0	.000	71	10	54.6	22.2	.000	30	10	62.5	28.6	.005
		2 = nein	77	60	43.3	75.0		59	35	45.4	77.8		18	25	37.5	71.4	
61	Warme Mahlz.	1 = ja	161	74	90.4	92.5	.765	114	44	87.7	97.8	.093	47	30	97.9	85.7	
		2 = nein	17	6	9.6	7.5		16	1	12.3	2.2		1	5	2.1	14.3	

Fortsetzung Tabelle 34a:

Nr.	Variable	Skalen/ Polung		Gesamte Stichprobe von LVA-PG und VG					Männliche Stichprobe von LVA-PG und VG					Weibliche Stichprobe von LVA-PG und VG				
				LVA-PG	VG	LVA-PG	VG	p	LVA-PG	VG	LVA-PG	VG	p	LVA-PG	VG	LVA-PG	VG	p
62	Kaffee- bzw. Tee- kons./ T.	Anzahl Tassen/ T.	0	42	1	23.6	1.3	.000	32	1	24.6	2.2	.000	10	0	20.8	.0	.000
			1	33	5	18.5	6.3		27	3	20.8	6.7		6	2	12.5	5.7	
			2	53	12	29.8	15.0		38	8	29.2	17.8		15	4	31.3	11.4	
			3	16	21	9.0	26.2		11	10	8.5	22.2		5	11	10.4	31.4	
			4	14	18	7.9	22.5		8	11	6.2	24.4		6	7	12.5	20.0	
			5	4	11	2.2	13.7		0	5	.0	11.1		4	6	8.3	17.1	
			6	5	10	2.2	12.5		4	5	3.1	11.1		0	5	0.0	14.3	
			7	4	2	2.2	2.5		3	2	2.3	4.4		1	0	2.1	.0	
			≥8	8	0	4.5	.0		7	0	5.4	.0		1	0	2.1	.0	
63	Bier- kons./ Wo.	Anzahl l/Wo.	0	43	35	24.4	43.8	.000	18	10	14.0	22.2	.001	25	25	53.2	71.4	.335
			1	15	15	8.5	18.8		9	11	7.0	24.4		6	4	12.8	11.4	
			2	13	8	7.4	10.0		8	6	6.2	13.3		5	2	10.6	5.7	
			3	10	9	5.7	11.2		8	6	6.2	13.3		2	3	4.3	8.6	
			4	19	5	10.8	6.3		13	4	10.1	8.9		6	1	12.8	2.9	
			5	6	2	3.4	2.5		6	2	4.7	4.4		0	0	.0	.0	
			6	19	2	8.5	2.5		15	2	11.6	4.4		0	0	.0	.0	
			7	17	1	9.7	1.3		15	1	11.6	2.2		2	0	4.3	.0	
			≥8	38	3	21.6	3.8		37	3	28.7	6.7		1	0	1.1	.0	
64	Wein- kons./ Wo.	An- zahl l/ Wo.	0=0.0	92	30	51.7	37.5	.004	65	19	50.0	42.2	.036	27	11	56.3	31.4	.149
			1=0.5	45	42	25.3	52.5		32	23	24.6	51.1		13	19	27.1	54.3	
			2=1.0	25	6	14.0	7.5		20	2	15.4	4.4		5	4	10.4	11.4	
			3=1.5	6	0	3.4	.0		5	0	3.8	.0		1	0	2.1	.0	
			4=2.0	3	2	1.7	2.5		2	1	1.5	2.2		1	1	2.1	2.9	
			5=2.5	2	0	1.1	.0		2	0	1.5	.0		1	0	2.1	.0	
			6=3.0	1	0	.6	.0		0	0	.0	.0		0	0	.0	.0	
			7=3.5	3	0	1.7	.0		3	0	2.3	.0		0	0	.0	.0	
			8>4.0	1	0	.6	.0		1	0	.8	.0		0	0	.0	.0	
65	Kons. hoch- proz. Getr./ Wo.	An- zahl Glä- ser/ Wo.	0	130	69	73.4	86.2	.008	93	77	72.1	82.2	.006	37	32	77.1	91.4	.364
			2	30	6	16.9	7.5		23	4	17.8	8.9		7	2	14.6	5.7	
			4	13	2	7.3	2.6		10	1	7.8	2.2		3	1	6.3	2.9	
			8	2	3	1.1	3.8		2	3	1.6	6.7		0	0	.0	.0	
			12	1	0	.6	.0		0	0	.0	.0		1	0	2.1	.0	
			16	1	0	.6	.0		1	0	.8	.0		0	0	.0	.0	
66	Rauch.	1=ja		58	24	32.6	30.0	.219	47	13	36.2	28.9	.526	11	11	22.9	31.4	.063
		2=nicht m.		34	23	19.1	28.7		28	13	21.5	28.9		6	10	12.5	28.6	
		3=noch nie		86	33	48.3	41.2		55	19	42.3	42.2		31	14	64.6	40.0	
68	Rauch. aufgeh.	An- zahl Jah- re	0-4	14	70	42.4	87.5	.000	13	39	48.1	86.7	.007	1	31	16.7	88.6	.000
			5-8	7	7	21.2	8.8		5	4	18.5	8.9		2	3	33.3	8.6	
			9-12	6	2	18.2	2.5		3	2	11.1	4.4		3	0	50.0	.0	
			13-16	3	1	9.1	1.3		3	0	11.1	.0		0	1	.0	2.9	
			17-20	1	0	3.0	.0		1	0	3.7	.0		0	0	.0	.0	
			21-24	2	0	6.1	.0		2	0	7.4	.0		0	0	.0	.0	
69	J. ger.	An- zahl Jah- re	1-4	5	6	15.6	26.2	.022	3	2	11.6	15.4	.123	2	4	33.3	40.0	.415
			5-8	7	6	21.9	26.2		6	2	23.1	15.4		1	4	16.7	40.0	
			9-12	4	6	12.6	26.2		4	5	15.4	38.5		0	1	.0	10.0	
			13-16	2	3	6.2	13.0		1	2	3.8	15.4		1	1	16.7	10.0	
			17-20	9	1	28.2	4.2		7	1	27.0	7.7		2	0	33.3	.0	
			21-24	0	0	.0	.0		0	0	.0	.0		0	0	.0	.0	
			25-28	3	1	9.3	4.2		3	1	11.6	7.7		0	0	.0	.0	
			29-32	2	0	6.2	.0		2	0	7.6	.0		0	0	.0	.0	
70	Ziga- rett./ T.	Stück/ T.	1-10	29	22	33.3	46.8	.031	21	7	30.5	26.9	.165	8	15	50.0	71.4	.298
			11-20	32	19	36.8	40.4		26	15	36.6	57.7		6	4	37.5	19.0	
			21-30	10	3	11.5	6.3		10	1	14.1	3.8		0	2	.0	9.5	
			31-40	8	0	9.2	.0		8	0	11.3	.0		0	0	.0	.0	
			41-50	6	1	6.9	2.2		5	1	7.0	3.8		1	0	6.3	.0	
			51-60	0	0	.0	.0		0	0	.0	.0		0	0	.0	.0	
			61-70	2	2	2.3	4.3		0	1	.0	3.8		2	0	6.3	.0	
74	Schlaf- tbl. i.l.J.			137	80	77.4	100.0	.000	105	45	80.8	100.0	.039	32	35	68.1	100.0	.008
				11	0	6.2	.0		9	0	6.9	.0		2	0	4.3	.0	
				9	0	5.1	.0		5	0	3.8	.0		4	0	8.5	.0	
				5	0	2.8	.0		2	0	1.5	.0		3	0	6.4	.0	
				15	0	8.5	.0		9	0	6.9	.0		6	0	12.8	.0	
75	Beruh.- tbl. i.l.J.	0=nie		103	72	58.2	90.0	.000	83	41	63.8	91.1	.000	20	31	42.6	88.6	.000
		1=etwa 2/Jahr		5	8	2.8	10.0		3	4	2.3	8.9		2	4	4.3	11.4	
				10	0	5.6	.0		6	0	4.6	.0		4	0	8.5	.0	
		2=etwa 2/Mon.		12	0	6.8	.0		9	0	6.9	.0		3	0	6.4	.0	
				47	0	26.6	.0		29	0	22.3	.0		18	0	38.3	.0	
76	Schmerz- tbl. i.l.J.	3=etwa 2/Wo.		85	62	48.0	77.5	.000	70	39	53.8	86.7	.001	15	23	31.9	65.7	.002
				12	0	6.8	.0		8	0	6.2	.0		4	0	8.5	.0	
		4=fast tägl.		43	18	24.3	22.5		27	6	20.8	13.3		26	12	34.0	34.5	
				26	0	14.7	.0		15	0	11.5	.0		11	0	23.4	.0	
				11	0	6.2	.0		10	0	7.7	.0		1	0	2.1	.0	
78	Abführ- tbl. i.l.J.			131	79	74.0	98.7	.000	105	45	81.4	100.0	.046	26	34	54.2	97.1	.001
				11	0	6.2	.0		8	0	6.2	.0		3	0	6.3	.0	
				15	0	8.5	.0		9	0	7.0	.0		6	0	12.5	.0	
				10	0	5.6	.0		4	0	3.1	.0		6	0	12.5	.0	
				10	1	5.6	1.3		3	0	2.3	.0		7	1	14.6	2.9	

Fortsetzung Tabelle 34a:

Nr.	Variable	Skalen/ Polung	Gesamte Stichprobe von LVA-PG und VG					Männliche Stichprobe von LVA-PG und VG					Weibliche Stichprobe von LVA-PG und VG				
			LVA-PG	VG	LVA-PG	VG	p	LVA-PG	VG	LVA-PG	VG	p	LVA-PG	VG	LVA-PG	VG	p
79	Sonst. Medik. i.l.J.	0=nie	91	80	52.3	100.0	.000	66	45	51.6	100.0	.000	25	35	54.3	100.0	.000
		1=etwa 2/J.	6	0	3.4	.0		5	0	3.9	.0		1	0	2.2	.0	
		2=etwa 2/Mon.	5	0	2.9	.0		4	0	3.1	.0		1	0	2.2	.0	
		3=etwa 2/Wo.	17	0	9.8	.0		15	0	11.7	.0		2	0	4.4	.0	
		4=fast tägl.	55	0	31.6	.0		38	0	29.7	.0		17	0	37.0	.0	
80	Z. bish. Krankenh.-aufenth.	Anzahl 0	19	8	10.7	10.0	.437	13	5	10.0	11.1	.929	6	3	12.5	8.6	.175
		1	40	20	22.5	25.0		38	15	29.2	33.3		2	5	4.2	14.3	
		2	39	18	21.9	22.5		31	9	23.8	20.0		8	9	16.7	25.7	
		3	31	14	17.4	17.5		22	9	16.9	20.0		9	5	18.8	14.3	
		4	17	8	9.6	10.0		11	3	8.5	6.7		6	5	12.5	14.3	
		5	5	6	2.8	7.5		3	2	2.3	4.4		2	4	4.2	11.4	
		6	16	3	9.0	3.8		7	2	5.4	4.4		9	1	18.8	2.9	
		7	5	2	2.8	2.5		3	0	2.3	.0		2	2	4.2	5.7	
		8	5	0	2.8	.0		2	0	1.5	.0		3	0	6.3	.0	
		9	1	1	.6	1.3		0	0	.0	.0		1	1	2.1	2.9	
81	Z. bish. Operat.	Anzahl 0	42	26	23.6	32.5	.135	30	15	23.1	33.3	.451	12	11	25.0	31.4	.358
		1	50	25	28.1	31.3		41	17	31.5	37.8		9	8	18.8	22.9	
		2	43	19	24.2	23.7		30	9	23.1	20.0		13	10	27.1	28.6	
		3	21	4	11.8	5.0		15	3	11.5	6.7		6	1	12.5	2.9	
		4	13	4	7.3	5.0		8	1	6.2	2.2		5	3	10.4	8.6	
		5	1	1	.6	1.3		1	0	.8	.0		0	1	.0	2.9	
		6	8	1	4.5	1.3		5	0	3.8	.0		3	1	6.3	2.9	
82	Z. bish. Kurauf-enth.	Anzahl 0	106	67	59.9	83.7	.000	78	38	60.5	84.4	.006	28	29	58.3	82.9	.032
		1-5	71	13	40.1	16.2		51	7	39.5	15.6		20	6	41.7	17.1	
83	Beurt. Leb.-Führ. ges.	1=ja	110	57	61.8	71.2	.184	84	33	64.6	78.3	.375	26	24	54.2	68.8	.273
		2=nein	68	23	31.2	28.7		46	12	35.4	21.7		22	11	45.8	31.4	

Tabelle 34b: Mehrfakt. Varianzanalyse zu den Ausprägungen in vergleichbaren metrischen Variablen der gesamten Stichprobe aus Personen der LVA-Patienten-Gruppe, (LVA-PG) und der Vergleichsgruppe (VG) an den (maximal 2) einzelnen Erhebungsterminen (Termin -T- 1, entspricht ungefähr dem Kuranfang; T2, entspricht ungefähr dem Kurende) a) anhand der Faktoren der Zugehörigkeit zur LVA-Kurpatienten-Stichprobe oder Vergleichsgruppe (PV; N = 180 LVA-Kurpatienten, N = 80 Vergleichsgruppenpersonen), b) anhand der Faktoren PV und Geschlecht (G; N = 176 Mä., N = 84 Fr.) und Altersgruppe (A; N = 172 40 J., N = 72 41-50 J.), c) anhand der Faktoren PV und G und A und Abgeschlossene Berufsausbildung (BA; N = 183 Ja, N = 77 Nein). Missing data zu einzelnen Variablen siehe Grundauswertungstabellen 1-3. Darstellung von 1. Abweichungen vom Gesamtmittelwert (Abw) und 2. Haupteffekten (Haupteff) unter Bereinigung einzelner Faktoren vom Einfluß jeweils anderer Faktoren, 3. Wechselwirkungen (WW), 4. erklärter Varianz (Var erkl). Zu 2. und 4. Angabe von F-Werten und p-Werten, zu 3. Angabe von p-Werten. Bei p ≤ .05 +, ≤ 01 ++, ≤ 001 +++ (Umgekehrte Polung bei HG-Variablen beachten).

Variable	Varianzanalyse a) Zugehörigkeit zur LVA-Kurpatienten-Stichprobe oder Vergleichsgruppe				Varianzanalyse b) Zugehörigkeit zur LVA-Kurpatienten-Stichprobe oder Vergleichsgruppe				Geschlecht			Altersgruppe				WW 1) 2 Weg 2) 3 Weg	Var erkl
	Abw		Haupteff		Abw		Haupteff		Abw		Haupteff	Abw		Haupteff			
	LVA-PG	VG	F	p	LVA-PG	VG	F	p	Mä	Fr	F p	40 J	41-50 J	F	p		F p
Psychologische Fragebogen																	
Fragebogen Hypochondrie und Gesundheitsverhalten HG, T1 (Kuranfang)																	
235 HG1-1	-.00	.00	.00		-.03	.07	.35		.03	-.08	.38	-.10	.19	2.58		PVxG+ PVxA+	1.65
236 HG2-1	-.16	.34	17.88+++		-.18	.40	22.07+++		.11	-.25	9.13++	-.02	.03	.15			4.24+++
237 HG3-1	-.16	.34	11.27+++		-.15	.33	8.80+++		.03	-.06	.31	.06	-.11	1.17			2.37+
238 HG4-1	-.19	.43	21.24+++		-.20	.43	21.12+++		.15	-.32	12.24+++	.09	-.17	3.58+		GxA+	6,56+++
Fragebogen Hypochondrie und Gesundheitsverhalten HG, T2 (Kurende)																	
239 HG1-2	-.03	-.07	.30		.00	-.00	.00		.02	-.05	.15	-.10	.19	2.44			1.10
240 HG2-2	-.17	.37	20.82+++		-.17	.37	19.99+++		.10	-.21	6.84++	.07	-.13	2.72			4.69+++
241 HG3-2	-.19	.41	15.97+++		-.17	.37	12.34+++		-.09	.19	3.51	.00	-.00	.00			3.72+++
242 HG4-2	-.12	.26	8.89++		-.11	.24	6.83++		.07	-.16	3.11	.08	-.16	3.55+			2.45+
Freiburger Persönlichkeits-Inventar, FPI T1 (Kuranfang)																	
247 FPI2-1	-.08	.17	.90		-.05	.12	.39		.13	-.27	3.23	.17	-.33	3.43			1.78
248 FPI9-1	-.41	.91	15.32+++		-.42	.93	14.14+++		.23	-.50	4.43+	.13	-.25	1.39			2.92++
249 FPIE-1	-.09	.19	.62		-.03	.06	.06		.22	-.48	4.03+	.36	-.69	8.72++			2.09+
250 FPIN-1	.10	-.22	.63		-.15	-.33	1.25		-.39	.86	9.07++	-.08	.15	.31			1.86
Freiburger Persönlichkeits-Inventar FPI, T2 (Kurende)																	
251 FPI2-2	-.19	.42	4.16+		-.10	.22	1.04		.05	-.10	.27	.38	-.73	13.46+++		GxA+	3.57+++
252 FPI9-2	-.50	1.11	21.19+++		-.48	1.06	17.58+++		.18	-.39	2.59	.19	-.37	2.46			3.89+++
253 FPIE-2	.01	-.02	.00		.05	-.10	.17		.38	-.81	11.41+++	.38	-.74	9.97++			3.21++
254 FPIN-2	-.06	.13	.17		.05	-.11	.13		-.52	1.12	13.84+++	.07	-.14	.23			2.47+
Freiburger Beschwerdenliste FBL, T1 (Kuranfang)																	
271 FBL1-1	2.30	-4.77	50.58+++		2.61	-5.41	64.37+++		-1.56	3.29	24.56+++	.13	-.25	.14			12.18+++
Freiburger Beschwerdenliste FBL, T2 (Kurende)																	
272 FBL1-2	.00	-.01	.00		.18	-.37	.27		-1.34	2.83	16.26+++	-.21	.43	.37			2.94++
Adjektiv-Skalen zur Einschätzung der Stimmung SES, T1 (Kuranfang)																	
274 SES1-1	.21	-.47	6.00+		.20	-.45	5.06+		.24	-.49	6.78++	.12	-.22	1.41			2.73++
275 SES2-1	-.34	.75	22.73+++		-.33	.73	19.32+++		.08	-.15	.96	.08	-.15	.93			3.89+++
276 SES3-1	-.14	.31	2.36		-.23	.50	6.03+		.40	-.82	18.28+++	-.05	.10	.29			5.49+++
277 SES4-1	-.05	.10	.44		.00	-.00	.00		-.11	.23	2.27	.10	-.19	1.55			1.33
278 SES5-1	.00	-.01	.00		.01	-.02	.01		.01	-.02	.03	.02	-.05	.11			1.24
279 SES6-1	.03	-.05	.07		.03	-.07	.11		-.15	.32	2.35	-.07	.15	.51			1.28
280 SES7-1	.09	-.20	1.13		-.01	.02	.01		.37	-.78	17.45+++	-.12	.23	1.56		PVxG+	3.94+++
Adjektiv-Skalen zur Einschätzung der Stimmung SES, T2 (Kurende)																	
281 SES1-2	.30	-.65	9.84++		.32	-.68	9.52+++		.19	-.40	3.52	.17	-.33	2.45			2.38+
282 SES2-2	.49	-.23	10.58+++		-.18	.39	6.01+		-.13	.28	3.37	.07	-.14	.87			2.30+
283 SES3-2	-.05	.11	.33		-.14	.30	2.21		.25	-.53	7.30	-.14	.28	2.03			2.15+
284 SES4-2	-.06	.14	.99		.00	-.01	.00		-.25	.55	15.68+++	.04	-.07	.31			2.75++
286 SES5-2	.04	-.08	.32		.08	-.17	1.32		-.20	.43	8.98++	.01	-.02	.02			2.33+
287 SES6-2	.78	-.36	13.43+++		-.32	.70	9.72++		-.19	.40	3.48	.02	-.03	.03		PVxG+	3.49+++
288 SES7-2	.01	-.01	.01		-.08	.17	.73		.23	-.50	6.27+	-.16	.31	2.57			2.10+
Fragebogen zur Erfassung subjektiver psychosozialer Belastungen im Zusammenhang mit Ehe, Familie und Beruf BFB, T1 (Kuranfang)																	
295 BFB1-1	-.18	.42	1.03		-.14	.34	.60		-.18	.42	.98	.04	-.06	.60			.52
296 BFB2-1	.42	-1.00	5.24+		.45	-1.06	5.42+		.13	-.31	.47	.20	-.31	.69		PVxG+	1.73
297 BFB3-1	.52	-1.23	14.07+++		.53	-1.25	14.24+++		-.16	.39	1.40	-.06	.09	.11		PVxG++	4.54+++
298 BFB4-1	-.22	.52	5.95+		-.18	.43	3.77+		-.10	.23	1.09	.12	-.18	.96		PVxGxA+	2.13+

Fortsetzung Tabelle 34b:

	Variable	Varianzanalyse a) Zugehörigkeit zur LVA-Kurpatienten-Stichprobe oder Vergleichsgruppe				Varianzanalyse b) Zugehörigkeit zur LVA-Kurpatienten-Stichprobe oder Vergleichsgruppe				Geschlecht				Altersgruppe				WW 1) 2 Weg 2) 3 Weg	Var erkl	
		Abw LVA-PG	VG	Haupteff F	p	Abw LVA-PG	VG	Haupteff F	p	Mä	Fr	Haupteff F	p	Abw 40 J	41-50 J	Haupteff F	p		F	p
	Fragebogen zur Erfassung subjektiver psychosozialer Belastungen im Zusammenhang mit Ehe, Familie und Beruf																			
	BFB, T2 (Kurende)																			
299	BFB1-2	-.29	.62	2.09		-.29	.63	2.02		-.38	.77	3.35		-.11	.24	.41			1.10	
300	BFB2-2	.60	-1.30	8.58	++	.63	-1.36	8.63	++	-.16	.33	.58		.06	-.10	.06			1.84	
301	BFB3-2	.52	-1.12	11.39	+++	.53	-1.15	11.37	+++	-.32	.65	4.00	+	-.06	.09	.10			3.15	++
302	BFB4-2	-.25	.53	7.60	++	-.21	.46	5.54	+	-.10	.21	1.25		.11	-.17	1.05			2.33	+
	Anamnestischer Erhebungsbogen, T1 (Kuranfang)																			
1	Alt.	1.43	-3.21	35.93	+++	.55	-1.23	12.63	+++	-.04	.09	.08		-3.36	6.57	406.38	+++		74.24	+++
34	Z. d. z. Erhol. gen. Url. -T.	-.16	.34	.13		-.08	.17	.03		.15	-.33	.11		.39	-.76	3.65	+	GxA+	1.27	
36	Häufigk. d. Krankm. 1. 2 J.	.31	-.68	22.20	+++	.31	-.69	20.41	+++	.02	-.03	.01		.01	-.01	.00			3.66	+++
37	Dauer (36)	1.34	-2.97	26.47	+++	1.29	-2.86	24.27	+++	-.68	1.43	6.67	++	-.60	1.17	4.56	+		8.25	+++
54	St. Erhol/T.	.34	-.25	3.14		-.23	.12	2.23		.28	-.61	.15		-.29	.61	.14			.64	
58	St. Schlaf	-.03	.07	.50		-.02	.05	.21		.00	-.01	.00		.04	-.08	.60			.36	
62	Kaffee-bzw. Teekons. /T.	-.48	1.06	35.04	+++	-.48	1.08	32.91	+++	-.07	.15	.75		-.07	.15	.69			5.91	+++
63	Bierkons. /W.	.71	-1.57	35.22	+++	.57	-1.25	25.51	+++	.91	-1.92	65.68	+++	.02	-.04	.02			16.84	+++
64	Weinkons./Wo.	-.30	.91	6.90	+	-.33	.94	7.01	+++	.28	-.18	2.70		-.04	.06	.60			4.50	++
65	Kons. hochproz. Getr. /Wo.	-.07	-.16	.70		.06	-.12	.39		.11	-.24	1.62		.01	-.01	.00			1.77	
74	Schlaftbl. i. l. Jahr	.18	-.40	17.91	+++	.21	-.45	20.72	+++	-.09	.18	3.74	+	.03	-.06	.36			4.10	+++
75	Beruhtbl. i. l. J.	.41	-.90	42.69	+++	.45	-1.00	48.77	+++	-.14	.29	4.53	+	.09	-.17	1.57			7.71	+++
76	Schmerztbl. i. l. J.	.25	-.55	23.47	+++	.27	-.61	26.42	+++	-.13	.28	6.16	+	.02	-.04	.12			4.53	+++
78	Abführtbl. i. l. J.	.18	-.40	17.51	+++	.19	-.42	19.67	+++	-.21	.44	23.99	+++	-.09	.18	4.01	+		8.16	+++
79	Sonst. Medik. i. l. J	.52	-1.13	64.16	+++	.52	-1.14	57.47	+++	-.00	.01	.00		.01	-.03	.04			8.98	+++
80	Z. bish. Krank. h. -aufenth.	.06	-.13	.43		.10	-.22	1.35		-.42	.89	24.57	+++	-.10	.19	1.15		GxA++	5.50	+++
81	Z. bish. Operat.	.13	-.29	4.98	+	.12	-.26	3.36		-.13	.27	4.15	+	-.13	.25	3.63	+		2.52	+
82	Z. bish. Kuraufenth.	.07	-.16	14.98	+++	.07	-.15	10.63	+++	-.01	.03	.35		-.04	.08	3.20			2.90	++

Fortsetzung Tabelle34b:

Variable	Zugehörigkeit zur LVA-Kurpatienten-Stichprobe oder Vergleichsgruppe				Geschlecht				Altersgruppe				Abgeschlossene Berufsausbildung				WW 1) 2 Weg 2) 3 Weg 3) 4 Weg	Var erkl
	Abw LVA-PG	VG	Haupteff F	p	Abw Mä	Fr	Haupteff F	p	Abw ≤ 40 J	41-50 J	Haupteff F	p	Abw Ja	Nein	Haupteff F	p		F p
Psychologische Fragebogen																		
Fragebogen Hypochondrie und Gesundheitsverhalten HG, T1 (Kuranfang)																		
235 HG1-1	-.00	.00	.00		-.00	.00	.00		-.13	.25	4.45+		.12	-.31	4.38+			1.35
236 HG2-1	-.18	.39	18.86+++		.11	-.23	6.83++		-.02	.04	.25		.02	-.07	.43			2.76+++
237 HG3-1	-.14	.30	6.92++		.02	-.03	.08		.04	-.08	.65		.05	-.12	.89			1.78+
238 HG4-1	-.18	.40	16.35+++		.13	-.28	7.75++		.09	-.16	3.24		.04	-.10	.83			3.47+++
Fragebogen Hypochondrie und Gesundheitsverhalten HG, T2 (Kurende)																		
239 HG1-2	.02	-.04	.08		.00	-.00	.00		-.12	.23	3.50		.06	-.17	1.20			1.16
240 HG2-2	-.18	.39	19.92+++		.12	-.25	7.93++		.07	-.14	2.84		-.03	.08	.66		PVxAxBA++	3.14+++
241 HG3-2	-.16	.34	9.17++		-.11	.23	4.21+		-.01	.02	.06		.05	-.13	1.02			2.36++
242 HG4-2	-.07	.16	2.69		.02	-.05	.24		.07	-.13	2.31		.11	-.31	7.91++		PVxAxBA+	2.33++
Freiburger Persönlichkeits-Inventar FPI, T1 (Kuranfang)																		
247 FPI2-1	.24	-.11	1.44		.19	-.42	4.40+		.20	-.40	4.81+		-.17	.45	4.08+			1.34
248 FPI9-1	.94	-.43	13.18+++		.24	-.53	4.24+		.12	-.23	.97		-.01	.04	.02		PVxGxBA+	1.99+
249 FPIE-1	.00	-.00	.00		.19	-.41	2.44		.34	-.65	7.46++		.10	-.26	.82			1.36
250 FPIN-1	.15	-.33	1.08		-.39	.85	7.51++		-.08	.15	.28		-.01	.03	.01			1.16
Freiburger Persönlichkeits-Inventar FPI, T2 (Kurende)																		
251 FPI2-2	-.12	.26	1.39		.08	-.17	.59		.38	-.74	13.71+++		-.08	.21	.71			2.28++
252 FPI9-2	-.45	1.00	14.17+++		.15	-.32	1.53		.17	-.32	1.81		.10	-.26	.82		PVxAxBA+ AxBA+	2.72+++
253 FPIE-2	.11	-.25	.90		.30	-.64	6.09+		.34	-.65	7.62++		.22	-.55	3.69+			2.34++
254 FPIN-2	-.01	.00	.00		-.45	.97	8.94++		.10	-.19	.43		-.19	.47	1.74		PVxGxA+ AxBA+	2.07+
Freiburger Beschwerdenliste FBL, T1 (Kuranfang)																		
271 FBL1-1	2.50	-5.13	50.50+++		-1.40	2.91	16.67+++		.17	-.35	.26		-.33	.85	1.06			5.63+++
Freiburger Beschwerdenliste FBL T2 (Kurende)																		
272 FBL1-2	-.13	.26	.12		-.96	2.05	7.32++		-.10	.21	.00		-.85	2.20	6.60++			1.70+
Adjektiv-Skalen zur Einschätzung der Stimmung SES, T1 (Kuranfang)																		
274 SES1-1	.28	-.61	8.38++		.15	-.30	2.25		.09	-.17	.77		.22	-.60	6.96+		PVxA+	2.13++
275 SES2-1	.78	-.36	20.20+++		.10	-.21	1.51		.10	-.20	1.56		-.08	.21	1.09		PVxAxBA+	2.56++
276 SES3-1	-.09	.19	.84		.23	-.47	5.45+		-.13	.24	1.66		.40	-1.07	20.58+++			4.02+++
277 SES4-1	.00	-.00	.00		-.11	.24	2.06		.10	-.20	1.67		.00	-.00	.00			1.29
278 SES5-1	.00	-.00	.00		.02	-.04	.08		.03	-.05	.15		-.02	.06	.13		GxAxBA+	.81
279 SES6-1	-.04	.09	.15		-.07	.14	.42		-.02	.05	.06		-.22	.55	4.67+			1.56
280 SES7-1	.09	-.19	.91		.25	-.53	6.95++		-.17	.33	3.22		.27	-.73	9.98++			2.76+++
Adjektiv-Skalen zur Einschätzung der Stimmung SES, T2 (Kurende)																		
281 SES1-2	.39	-.84	13.73+++		.09	-.19	.75		.14	-.27	1.75		.23	-.62	5.63+			2.51++
282 SES2-2	-.20	.43	6.36+		-.12	.25	2.21		.08	-.16	1.08		-.03	.07	.14		PVxGxA+ GxAxBA+	1.63
283 SES3-2	-.05	.11	.30		.14	-.30	2.04		-.18	.36	3.46		.27	-.73	9.17++		PVxGxAxBA++	2.50++
284 SES4-2	.14	.06	.94		-.18	.39	7.14++		.06	-.11	.74		-.16	.43	7.08++		PVxGxAxBA++	2.94+++
285 SES5-2	.04	-.09	.36		-.15	.33	4.62+		.02	-.03	.06		.09	-.24	1.94		PVxGxAxBA+++	1.68+
286 SES6-2	-.45	.99	19.02+++		-.04	.09	.15		.09	-.19	.82		-.36	.95	14.08+++			3.08+++
287 SES7-2	-.01	.03	.02		.14	-.32	2.16		-.18	.34	3.09		.20	-.52	4.66+			1.52
																	PVxGxAxBA+	
Fragebogen zur Erfassung subjektiver psychosozialer Belastungen im Zusammenhang mit Ehe, Familie und Beruf BFB, T1 (Kuranfang)																		
295 BFB1-1	-.26	.61	1.93		-.02	.04	.00		.11	-.17	.22		-.35	.89	3.48		PVxBA+	1.28
296 BFB2-1	.38	-.89	3.50+		.24	-.58	1.35		.23	-.35	.86		-.26	.65	1.60			1.25
297 BFB3-1	.46	-1.08	9.73++		-.06	.14	.15		.00	-.00	.00		-.29	.73	3.76+		PVxG+ GxAxBA+	2.77+++
298 BFB4-1	-.24	.56	6.18+		-.02	.05	.05		.16	-.25	2.04		-.20	.51	4.48+		PVxBA++	2.61+++

Fortsetzung Tabelle 34b:

Variable	Zugehörigkeit zur LVA-Kurpatienten-Stichprobe oder Vergleichsgruppe			Geschlecht			Altersgruppe			Abgeschlossene Berufsausbildung			WW 1) 2 Weg 2) 3 Weg 3) 4 Weg	Var erkl
	Abw LVA-PG	VG	Haupteff F p	Abw Mä	Fr	Haupteff F p	Abw ≤ 40 J	41-50 J	Haupteff F p	Abw Ja	Nein	Haupteff F p		F p
Fragebogen zur Erfassung subjektiver psychosozialer Belastungen im Zusammenhang mit Ehe, Familie und Beruf BFB, T2 (Kurende)														
299 BFB1-2	-.37	.79	2.93	-.25	.51	1.17	-.13	.21	.29	-.24	.63	1.34		1.07
300 BFB2-2	.50	-1.07	5.19+	.06	-.12	.06	.10	-.17	.18	-.45	1.17	4.50+	AxBA+ PVxGxAxBA++	2.08+
301 BFB3-2	.45	-.96	7.33++	-.19	.40	1.78	.00	-.00	.00	-.30	.76	3.36		2.04+
302 BFB4-2	-.23	.50	6.25+	-.08	.16	.59	.13	-.21	1.64	-.09	.22	.90	GxAxBA+	2.32+
Anamnestischer Erhebungsbogen, T1 (Kuranfang)														
1 Alt.	.40	-.90	6.13+	.14	-.30	.74	-3.30	6.48	37.68+++	-.41	1.03	6.82++	AxBA+	36.02+++
34 Z. d. z. Erhol. gen. Url.-T.	.14	-.29	.07	-.10	.22	.04	.29	-.56	.35	.61	-1.57	1.82		1.07
36 Häufigk. d. Krankm. 1. 2 J.	.26	-.57	12.58+++	.07	-.15	.86	.04	-.08	.33	-.15	.38	4.80+		2.12++
37 Dauer d. Krankm. 1. 2 J.	.21	-2.69	19.36+++	-.58	1.22	4.21+	-.56	1.10	3.93+	-.24	.59	.79	GxA+ GxAxBA+	4.64+++
54 St. Erhol. /T.	-.21	.11	2.35	.03	-.06	.17	-.05	.06	.16	.09	-.24	2.24		.49
58 St. Schlaf	-.00	.00	.00	-.02	.05	.20	.03	-.06	.32	.07	-.17	1.76	PVxGxAxBA+	.94
62 Kaffee-bzw. Teekons.	-.49	1.10	30.12+++	-.06	.13	.42	-.07	.14	.57	-.03	.08	.13		2.91+++
63 Bierkons. /Wo.	.63	-1.39	28.31+++	.83	-1.76	46.98+++	-.01	.03	.02	.19	-.48	2.84		8.35+++
64 Weinkons. /Wo.	-.24	.87	7.08+	.18	-.20	2.31	-.03	.07	.57	.18	-.37	2.44		2.45++
65 Kons. hochproz. Getr. /Wo.	-.06	-.14	.43	.11	-.22	1.16	.00	-.01	.00	.02	-.05	.05	PVxA++	1.01
74 Schlaftbl. i. l. J.	.19	-.43	16.38+++	-.07	.15	2.20	.03	-.07	.49	-.03	.08	.55	GxBA+	2.40+
75 Beruh. tbl. i. l. J.	.43	-.95	41.12+++	-.11	.24	2.61	.10	-.19	2.01	-.06	.16	.94	AxBA+++	5.03+++
76 Schmerztbl. i. l. J.	.24	-.53	18.30+++	-.09	.19	2.49	.04	-.07	.39	-.10	.25	3.30		2.89+++
78 Abführtbl. i. l. J.	.17	-.37	13.90+++	-.18	.38	15.43+++	-.08	.16	3.01	-.06	.15	1.99	PVxG+	4.18+++
79 Sonst. Medik. i. l. J.	.49	-1.07	44.10+++	.03	-.07	.20	.03	-.06	.16	-.09	.23	1.75		4.26+++
80 Z. bish. Krankh. - aufenth.	-.18	.87	.87	-.40	.85	19.66+++	-.09	.18	.98	-.05	.12	.32	PVxA+ AxBA+ GxAxBA++	3.81+++
81 Z. bish. Operat.	.13	-.28	3.67+	-.14	.30	4.95+	-.13	.26	3.98+	.03	-.07	.17	PVxBA+ AxBA+ GxAxBA+	2.63+++
82 Z. bish. Kuraufenth.	.07	-.15	6.79++	-.01	.03	.33	-.04	.98	3.22	.00	-.00	.00	AxBA++	2.19++

Tab. 35: Faktorenanalyse (Hauptkomponentenanalyse) zu den Variablen der psychologischen Fragebogen, basierend auf Angaben der LVA-Kurpatienten an den einzelnen Erhebungsterminen. Darstellung von Variablen, Eigenwerten und Varianzen, Kommunalitäten, Ladungsmustern (im Rahmen der VARIMAX-rotierten Faktorenmatrix), Transformationsmatrix. (Höchstladungen der extrahierten Faktoren unterstrichen; umgekehrte Polung der HG-Variablen beachten)

Tab. 35a: Faktorenanalyse (Hautpkomponentenanalyse) zu den Variablen der psychologischen Fragebogen, basierend auf den Angaben von N=111 LVA-Kurpatienten zum Beginn ihrer Kur. Darstellung der 5er und 8er Faktorenlösung (Kommunalitäten und Faktorenladungen aus Platzgründen ohne Punkt)

Nr.	Variable	Eigenwert	Varianz % pro Faktor	Varianz % kumuliert	Nr. Faktor	Kommunalität	VARIMAX-rotierte 5er Faktorenmatrix (Höchstladungen unterstrichen) F.1	F.2	F.3	F.4	F.5	Kommunalität	VARIMAX-rotierte 8er Faktorenmatrix (Höchstladungen der extrahierten Faktoren unterstrichen) F.1	F.2	F.3	F.4	F.5	F.6	F.7	F.8
223	KKB1-1 Seel.,psychosoz. Probl.,Ps.-Th.	6.41	21.4	21.4	1	67	42	30	-03	59	-21	67	66	00	03	-13	32	34	04	01
224	KKB2-1 Streß u. Schon.	2.56	8.5	29.9	2	57	18	53	23	39	18	69	14	05	-00	00	14	79	09	-11
225	KKB3-1 Körperleid.u.Org.-Med.	2.31	7.7	37.6	3	43	01	50	26	32	03	45	17	-12	21	06	09	57	-14	-07
226	KKB4-1 Bel.unbefr.Arb.-Sit., H.z.Zufr.	2.20	7.3	45.0	4	40	07	07	23	53	23	57	11	-15	07	07	09	44	53	16
235	HG1-1 Mißtr.geg.Ärzte u. Therap.	1.62	5.4	50.4	5	33	-03	13	46	-25	-16	50	02	-16	47	-07	-48	-01	01	-14
236	HG2-1 Risikovermeid.	1.36	4.5	54.9	6	17	07	-36	-00	04	18	69	-20	44	07	17	24	-02	-28	52
237	HG3-1 Beacht.v.Krankh.anz.	1.32	4.4	59.3	7	36	11	-54	04	15	-16	68	05	08	16	-11	-08	-22	10	75
238	HG4-1 Mißtr.geg.eig.Körp.	1.25	4.2	63.5	8	45	00	-48	38	10	-24	47	-05	03	48	-23	11	-28	22	17
247	FPI2-1 Aggr.	1.07	3.6	67.1	9	50	45	-42	-04	15	30	71	17	33	-10	11	11	-20	70	-04
248	FPI9-1 Offen.	.99	3.3	70.4	10	63	68	-30	07	-03	26	69	15	76	00	08	08	-02	27	03
249	FPIE-1 Extrav.	.85	2.9	73.2	11	43	-24	-43	26	-13	30	63	-55	02	06	01	-05	-13	54	-01
250	FPIN-1 Em.Lab.	.81	2.7	75.9	12	73	80	08	-22	17	01	77	74	43	-10	11	03	00	07	-03
259	BPI1-1 Geh.	.73	2.5	78.4	13	61	52	26	-33	36	-15	66	78	02	-18	02	07	10	-01	07
260	BPI2-1 Err.	.69	2.3	80.7	14	68	79	-02	-12	18	02	74	68	47	00	10	10	-05	14	-04
261	BPI3-1 Nerv.	.64	2.1	82.9	15	62	58	43	-15	25	09	63	61	19	-20	10	-04	39	08	-09
262	BPI4-1 Depr.	.60	2.0	84.9	16	68	63	23	-35	30	-07	74	78	15	-24	06	-02	13	00	14
263	BPI5-1 Int.	.53	1.8	86.6	17	61	26	23	-33	60	-10	69	69	-26	-19	05	22	14	16	08
264	BPI6-1 Lüg.	.49	1.6	88.3	18	44	-62	06	06	20	02	53	-22	-66	13	14	05	-00	04	01
271	FBL1-1 Allg.	.46	1.5	89.9	19	36	17	47	-20	24	10	47	22	00	-34	02	03	54	-04	01
274	SES1-1 Geh.St.	.42	1.4	91.3	20	55	-23	-08	70	-00	-05	56	-34	-07	61	-13	-09	17	08	06
275	SES2-1 Mißst.	.39	1.3	92.6	21	59	07	-07	-12	12	74	80	08	05	01	86	05	-08	16	04
276	SES3-1 Akt.	.38	1.3	93.9	22	60	-10	-23	73	-04	-02	70	-21	04	80	02	-02	-08	06	-01
277	SES4-1 Gedr.St.	.33	1.1	95.0	23	58	-01	03	-24	29	65	72	14	-11	-11	79	11	04	12	16
278	SES5-1 Trägh.	.28	1.0	95.9	24	26	36	-00	-02	-03	35	52	01	37	-22	15	-26	30	20	30
279	SES6-1 Müd.	.27	.9	96.8	25	65	-02	36	-13	-08	69	69	-08	09	-18	70	-01	26	-12	-25
280	SES7-1 Ausg.St.	.24	.8	97.6	26	48	-22	09	62	-03	-18	62	-14	-13	70	-05	-07	11	-25	-00
295	BFB1-1 Bel.i.Z.m.Ehe	.23	.8	98.4	27	45	04	-03	-25	60	13	64	25	-04	-10	19	72	04	07	-02
296	BFB2-1 Überford.Arb.	.19	.6	99.1	28	45	26	-07	20	44	37	48	10	17	09	21	18	34	45	18
297	BFB3-1 Unzufr.Arb.,Koll., Bez.	.16	.5	99.6	29	35	-04	-01	-35	47	04	57	22	-27	-28	12	09	14	06	55
298	BFB4-1 Bel.i.Z.m.Ki.	.12	.4	100.0	30	43	-00	-04	-02	65	02	69	09	01	00	-04	79	21	10	-00

	5er Lösung F.1	F.2	F.3	F.4	F.5
F.1	66	28	-42	51	18
F.2	48	-79	03	-25	25
F.3	-39	-04	07	27	87
F.4	16	-09	79	54	-16
F.5	37	52	42	-53	33

	8er Lösung F.1	F.2	F.3	F.4	F.5	F.6	F.7	F.8
F.1	75	22	-37	22	24	31	14	06
F.2	-07	69	06	11	-06	-53	39	25
F.3	-43	-15	-02	75	24	25	30	07
F.4	14	02	76	-23	24	36	34	15
F.5	-01	42	19	22	-57	40	-10	-47
F.6	32	-28	27	37	-48	-14	-21	54
F.7	23	-00	38	34	39	-43	-32	-47
F.8	-22	42	03	00	30	24	-67	39

Tab. 35b: Faktorenanalyse (Hauptkomponentenanalyse) zu den Variablen der psychologischen Fragebogen, basierend auf den Angaben von N=113 LVA-Kurpatienten zum Ende ihrer Kur

Nr.	Variable	Eigenwert	Varianz % pro Faktor	Varianz % kumuliert	Nr. Faktor	Kommunalität	VARIMAX-rotierte Faktorenmatrix (Höchstladungen der extrahierten Faktoren unterstrichen) F.1	F.2	F.3	F.4	F.5	F.6	F.7	F.8
227	KKB1-2 Seel.,psychosoz.Probl.,Ps.-Th.	7.76	25.9	25.9	1	.64	.44	.08	.05	.25	.56	-.20	.05	-.02
228	KKB2-2 Streß u. Schon.	2.60	8.7	34.6	2	.77	.24	.04	.27	.73	-.11	-.05	-.24	-.14
229	KKB3-2 Körperleid.u. Org.-Med.	2.23	7.4	42.0	3	.57	-.13	-.04	-.05	.46	.05	-.06	-.53	.21
230	KKB4-2 Bel.unbefr.Arb.-Sit.H.z.Zufr.	1.95	6.5	48.5	4	.64	-.11	.04	-.02	.75	.12	-.12	.14	.07
239	HG 1-2 Mißtr.geg.Ärzte u. Therap.	1.60	5.4	53.8	5	.37	-.16	-.02	-.15	-.27	-.03	.17	-.27	-.36
240	HG 2-2 Risikovermeid.	1.35	4.5	58.4	6	.63	.07	.02	.10	-.08	-.08	.07	.02	.77
241	HG 3-2 Beacht.v.Krankh.anz.	1.28	4.3	62.6	7	.50	.00	-.04	.02	.12	-.16	.06	.65	.15
242	HG 4-2 Mißtr.geg.eig.Körp.	1.15	3.8	66.5	8	.51	-.15	.20	-.32	-.09	-.01	.50	.22	-.18
251	FPI2-2 Aggr.	1.04	3.5	69.9	9	.51	-.12	.24	-.03	.11	.22	-.20	.50	.28
252	FPI9-2 Offen.	.92	3.1	73.0	10	.74	-.05	.82	.12	.04	.08	-.03	-.06	.18
253	FPIE-2 Extrav.	.88	3.0	76.0	11	.76	-.77	.15	-.09	.03	.04	.21	.28	-.06
254	FPIN-2 Em. Lab.	.82	2.8	78.7	12	.81	.57	.52	.09	.00	.19	.02	,36	.21
265	BPI1-2 Geh.	.68	2.3	81.0	13	.73	.77	.05	.10	.08	.24	-.21	.05	.03
266	BPI2-2 Err.	.63	2.1	83.1	14	.75	.52	.54	.08	-.03	.26	-.07	.23	.22
267	BPI3-2 Nerv.	.60	2.0	85.2	15	.66	.60	.24	.38	.03	.11	-.24	-.05	.10
268	BPI4-2 Depr.	.50	1.7	86.8	16	.78	.63	.33	.12	.22	.14	-.33	.25	-.07
269	BPI5-2 Int.	.50	1.7	88.5	17	.75	.57	-.18	-.14	.19	.39	-.35	.22	-.01
270	BPI6-2 Lüg.	.45	1.5	90.0	18	.74	-.11	-.79	.02	.02	-.00	.17	.01	.25
272	FBL1-2 Allg.	.44	1.5	91.5	19	.54	.16	.11	.63	.00	.18	-.16	-.15	.11
281	SES1-2 Geh.St.	.37	1.3	92.8	20	.77	-.27	-.17	-.08	-.08	-.11	.72	-.03	.15
282	SES2-2 Mißst.	.33	1.1	93.9	21	.72	.12	.15	.67	-.00	-.07	-.08	.45	.14
283	SES3-2 Akt.	.31	1.1	94.9	22	.74	-.26	-.05	-.26	.06	-.08	.76	-.00	-.07
284	SES4-2 Gedr.St.	.28	.9	95.9	23	.73	.13	-.06	.62	.16	.16	-.21	.44	-.13
285	SES5-2 Trägh.	.25	.8	96.7	24	.45	.03	.42	.24	.21	-.16	-.14	.24	.25
286	SES6-2 Müd.	.22	.8	97.5	25	.74	.01	.05	.81	.16	-.01	-.14	-.02	.16
287	SES7-2 Ausg.St.	.19	.6	98.1	26	.74	-.20	-.30	-.13	-.02	-.12	.73	-.12	-.14
299	BFB1-2 Bel.i.Z.m.Ehe	.17	.6	98.7	27	.68	.25	.06	.10	.11	.76	-.09	.02	-.04
300	BFB2-2 Überford. Arb.	.15	.5	99.2	28	.70	.27	.01	.13	.71	.14	.16	.22	.03
301	BFB3-2 Unzufr.Arb.,Koll.,Bez.	.13	.4	99.7	29	.48	.04	.11	.18	.20	.20	-.26	.18	.49
302	BFB4-2 Bel. i.Z.m.Ki.	.10	.3	100.0	30	.70	.05	.05	.04	-.04	.82	-.05	-.13	.05

Transformationsmatrix zu Tab. 35 c

	F.1	F.2	F.3	F.4	F.5	F.6	F.7
F.1	-.37	.64	.39	.37	.31	.17	-.16
F.2	.62	.03	.41	-.21	.54	-.30	-.07
F.3	.08	-.40	-.03	.37	.46	.55	.40
F.4	.51	.48	-.56	.40	-.06	-.05	.10
F.5	.27	.33	.19	-.48	-.28	.66	.15
F.6	.27	-.17	.55	.52	-.55	-.06	.04
F.7	-.18	.20	.12	-.10	-.02	-.36	.87

Transformationsmatrix zu Tab. 35 b

	F.1	F.2	F.3	F.4	F.5	F.6	F.7	F.8
F.1	.57	.31	.36	.24	.31	-.45	.21	.16
F.2	-.39	.40	.29	.05	-.34	.19	.54	.35
F.3	-.15	-.56	.47	.58	-.19	-.07	-.18	.12
F.4	.02	-.01	-.42	.62	.40	.41	.30	-.03
F.5	-.27	.63	-.01	.35	-.01	-.04	-.62	-.09
F.6	-.48	-.11	.06	-.20	.68	-.15	-.09	.45
F.7	.39	.04	.28	-.15	.08	.70	-.32	.35
F.8	-.17	.05	.53	-.10	.33	.23	.13	-.69

Tab. 35c: Faktorenanalyse (Hauptkomponentenanalyse) zu den Variablen der psychologischen Fragebogen, basierend auf Angaben von N=101 Kurpatienten zur Halbjahreskatamnese

Nr.	Variable	Eigenwert	Varianz % pro Faktor	Varianz % kumuliert	Nr. Faktor	Kommunalität	F.1	F.2	F.3	F.4	F.5	F.6	F.7
231	KKB1-3 Seel.,psychosoz.Probl.,Ps-Th.	5.63	23.5	23.5	1	.74	-.06	.79	.10	.04	.15	.04	-.26
232	KKB2-3 Streß u. Schon.	2.30	9.6	33.1	2	.75	-.06	.05	.58	.19	.55	-.09	.24
233	KKB3-3 Körperleid.u.Org.-Med.	1.99	8.3	41.4	3	.70	.17	.29	.74	.06	.00	.13	.00
234	KKB4-3 Bel.unbefr.Arb.-Sit.,H.z.Zufr.	1.52	6.3	47.7	4	.66	.20	.27	.23	-.03	.68	.12	.07
243	HG 1-3 Mißtr. geg. Ärzte u. Therap.	1.40	5.8	53.6	5	.53	.02	-.15	-.42	-.07	-.25	-.46	.20
244	HG 2-3 Risikovermeid.	1.24	5.2	58.8	6	.51	-.16	-.09	-.14	.00	.19	.63	.08
245	HG 3-3 Beacht.v.Krankh.anz.	1.12	4.7	63.4	7	.55	-.12	-.13	-.27	.61	-.00	.25	.02
246	HG 4-3 Mißtr.geg.eig.Körp.	.97	4.1	67.5	8	.69	.25	-.02	-.63	.12	-.01	.10	.44
247	FPI2-3 Aggr.	.94	3.9	71.5	9	.62	-.09	.07	.05	.09	-.06	.76	.05
248	FPI9-3 Offen.	.89	3.7	75.2	10	.55	.04	.24	.15	.49	-.06	.39	.24
249	FPIE-3 Extrav.	.80	3.4	78.5	11	.51	.09	-.27	-.05	.02	.03	.15	.63
250	FPIN-3 Em.Lab.	.78	3.3	81.8	12	.68	-.08	.35	.17	.43	.11	.20	-.52
273	FBL1-3 Allg.	.62	2.6	84.4	13	.56	-.42	.07	.56	.10	.24	-.06	-.05
288	SES1-3 Geh.St.	.51	2.2	86.5	14	.64	.58	-.20	.07	-.33	-.14	.04	.05
289	SES2-3 Mißst.	.51	2.1	88.7	15	.63	-.09	.48	.13	.59	.01	-.06	-.14
290	SES3-3 Akt.	.45	1.9	90.6	16	.73	.78	-.21	-.06	.07	.17	-.12	.08
291	SES4-3 Gedr.St.	.44	1.8	92.4	17	.71	-.20	.73	.06	.27	.10	-.12	-.13
292	SES5-3 Trägh.	.34	1.5	93.9	18	.59	-.32	.45	.19	.28	-.22	.01	.33
293	SES6-3 Müd.	.34	1.4	95.3	19	.76	-.17	.06	.25	.70	.39	-.08	-.02
294	SES7-3 Ausg.St.	.32	1.4	96.7	20	.65	.68	-.02	-.12	-.15	.15	-.33	.11
303	BFB1-3 Bel.i.Z.m.Ehe	.24	1.0	97.7	21	.61	-.09	.72	.20	-.09	.07	.11	.08
304	BFB2-3 Überford.Arb.	.19	.8	98.5	22	.68	.04	.06	.02	.15	.78	.04	-.19
305	BFB3-3 Unzufr.Arb.,Koll.,Bez.	.18	.8	99.3	23	.60	-.46	.28	-.05	-.03	.49	.16	.17
306	BFB4-3 Bel.i.Z.m.Ki.	.16	.7	100.0	24	.53	-.13	.67	.01	.06	.15	.04	-.15

Tab. 36: Faktorenanalyse (Hauptkomponentenanalyse) zu Variablen der psychologischen Fragebogen vom Kuranfang einschließlich der drei EzK-Variablen und der Summenwerte zu den drei Interviewfaktoren. N=108 LVA-Kurpatienten. Darstellung von Variablen, Eigenwerten und Varianzen, Kommunalitäten, Ladungsmustern (im Rahmen der VARIMAX-rotierten Faktorenmatrix), Transformationsmatrix (umgekehrte Polung bei HG-Variablen beachten)

Nr.	Variable	Eigenwert	Varianz % pro Faktor	Varianz % kumuliert	Nr. Faktor	Kommunalität	VARIMAX-rotierte Faktorenmatrix (Höchstladungen der extrahierten Faktoren unterstrichen) F.1	F.2	F.3	F.4	F.5	F.6	F.7	F.8
216	EzK1 Erw.befr.Ges.-Zust.	6.80	18.9	18.9	1	.58	.28	-.07	.42	.06	-.51	.13	-.17	-.02
217	EzK2 Erw.Entl.v.allt.Anf.Ausspr.Kont.	3.05	8.5	27.4	2	.37	.25	.08	.47	-.12	-.11	-.05	.18	-.10
218	EzK3 Erw.natürl.Heilm.,Erf.-Zuv.	2.59	7.2	34.6	3	.52	-.21	-.18	.18	-.30	-.32	.19	-.41	.00
223	KKB1-1 Seel.psychosoz.Probl.,Ps.-Th.	2.26	6.3	40.8	4	.69	.52	.13	.49	-.10	.04	-.02	.35	-.14
224	KKB2-1 Streß u. Schon.	1.92	5.4	46.2	5	.61	.07	.02	.76	.08	-.10	-.01	.04	-.04
225	KKB3-1 Körperleid.u.Org.-Med.	1.46	4.1	50.3	6	.41	.16	-.18	.51	.10	-.13	.18	.05	.12
226	KKB4-1 Bel.unbefr.Arb.-Sit.,H.z.Zufr.	1.41	3.9	54.2	7	.57	-.15	.09	.57	.10	.34	.03	.20	-.16
235	HG1-1 Mißtr.geg. Ärzte u. Therap.	1.32	3.7	57.9	8	.34	-.04	-.11	.08	-.14	-.03	.35	-.41	-.09
236	HG2-1 Risikovermeid.	1.21	3.3	61.5	9	.40	.10	.12	-.26	.23	.25	.26	.06	.32
237	HG3-1 Beacht.v.Krankh.anz.	1.18	3.2	64.8	10	.59	.12	.11	-.17	-.12	.65	.25	-.14	.07
238	HG4-1 Mißtr.geg.eig.Körp.	1.13	3.0	68.0	11	.44	-.16	.16	-.15	-.29	.20	.46	.12	-.00
247	FPI2-1 Aggr.	.99	2.8	70.7	12	.63	-.19	.70	.04	.03	.17	-.14	.21	.01
248	FPI9-1 Offen.	.89	2.5	73.2	13	.65	.06	.78	-.02	.09	.04	.04	.05	.10
249	FPIE-1 Extrav.	.82	2.3	75.5	14	.58	-.72	.18	-.03	-.02	.09	.08	-.03	-.10
250	FPIN-1 Em.Lab.	.74	2.1	77.6	15	.76	.60	.57	.18	.07	-.04	-.13	.04	.08
259	BPI1-1 Geh.	.71	2.0	79.6	16	.63	.66	.17	.23	.00	.14	-.25	.14	.04
260	BPI2-1 Err.	.67	1.9	81.4	17	.73	.32	.64	.15	.04	-.06	-.02	.11	.04
261	BPI3-1 Nerv.	.61	1.7	83.2	18	.64	.44	.29	.50	.08	-.00	-.27	-.03	.14
262	BPI4-1 Depr.	.57	1.6	84.7	19	.72	.67	.28	.25	.09	.16	-.28	.02	-.07
263	BPI5-1 Int.	.55	1.6	86.3	20	.57	.45	.01	.36	.02	.22	-.27	.31	-.05
264	BPI6-1 Lüg.	.50	1.4	87.7	21	.46	-.28	-.56	.12	.02	.09	.09	.08	.15
271	FBL1-1 Allg.	.47	1.3	89.0	22	.47	.20	-.04	.51	.07	-.01	-.34	-.05	.20
274	SES1-1 Geh. St.	.44	1.2	90.3	23	.65	-.36	-.13	.18	-.18	.06	.59	-.16	.22
275	SES2-1 Mißst.	.43	1.2	91.5	24	.71	-.02	.18	-.02	.81	.08	.01	.09	.08
276	SES3-1 Akt.	.40	1.1	92.6	25	.71	-.19	.02	-.05	.00	-.05	.80	-.05	-.13
277	SES4-1 Gedr.St.	.38	1.1	93.6	26	.68	.06	.01	.10	.77	.15	-.09	.16	-.01
278	SES5-1 Trägh.	.34	1.0	94.6	27	.48	-.04	.34	.19	.21	.35	-.20	-.30	.11
279	SES6-1 Müd.	.30	.8	95.4	28	.65	-.05	-.01	.14	.71	-.27	-.17	-.03	.10
280	SES7-1 Ausg.St.	.29	.8	96.3	29	.58	-.00	-.30	.02	-.02	-.07	.68	-.09	-.09
295	BFB1-1 Bel.i.Z.m.Ehe	.24	.7	96.9	30	.65	.13	.05	.14	.14	.01	-.10	.73	.19
296	BFB2-1 Überford.Arb.	.23	.7	97.6	31	.48	-.06	.34	.38	.25	.28	.11	.17	-.13
297	BFB3-1 Unzufr. Arb.,Koll.,Bez.	.23	.6	98.3	32	.51	.21	-.20	.16	.15	.58	-.26	.17	.24
298	BFB4-1 Bel.i.Z.m.Ki.	.21	.6	98.8	33	.61	.03	.04	.23	.00	-.00	.05	.74	-.01
	Int1 Psychosoz.Bel.u.psychoveg.Gest	.17	.5	99.3	34	.47	.10	-.07	.07	.07	.09	-.13	.11	.63
	Int2 Allg.belast.-rel.Asp.Kindh.-Er.	.13	.4	99.7	35	.68	-.12	.15	-.14	.00	-.08	-.00	.02	.78
	Int3 Gefm.m.früh.Bezugspers.v.Kindh.-Erinn.	.10	.3	00.0	36	.31	-.26	-.04	.12	.20	-.13	-.17	-.01	.35

Transformationsmatrix zu Tab. 38 a:

	F.1	F.2	F.3	F.4	F.5	F.6
F.1	-.61	.28	.30	.52	-.09	.40
F.2	.47	.80	.17	.10	.30	-.04
F.3	-.13	-.31	.53	-.02	.74	-.18
F.4	.53	-.33	.48	.46	-.38	-.00
F.5	.15	-.19	-.59	.63	.41	.10
F.6	.25	-.13	.04	-.30	.16	.89

Transformationsmatrix zu Tab. 36

	F.1	F.2	F.3	F.4	F.5	F.6	F.7	F.8
F.1	.59	.37	.44	.23	.11	-.39	.29	.03
F.2	.28	-.51	.55	-.33	-.37	.14	-.11	-.23
F.3	-.38	-.46	.25	.62	-.14	-.28	.12	.26
F.4	-.31	.23	.48	.14	.25	.66	.27	-.10
F.5	-.06	.49	.17	.18	-.55	.11	-.55	.23
F.6	.11	-.03	-.06	-.30	-.23	.21	.43	.77
F.7	.55	-.27	-.23	.48	.17	.47	-.24	.14
F.8	-.07	-.08	.32	-.25	.59	-.14	-.49	.43

(Achtung, Tab. 37 nächste Seite)

Tab. 38a: Faktorenanalyse (Hauptkomponentenanalyse) zu Variablen psychologischer Fragebogen, basierend auf Angaben von LVA-Kurpatienten und Personen einer unbehandelten Vergleichsgruppe (N=172 zu Termin 1 (Kuranfang). Darstellung von Variablen, Eigenwerten und Varianzen, Kommunalitäten, Ladungsmustern (im Rahmen der VARIMAX-rotierten Faktorenmatrix), Transformationsmatrix. (Umgekehrte Polung der HG-Variablen beachten)

Nr.	Variable	Eigenwert	Varianz % pro Faktor	Varianz % kumuliert	Nr. Faktor	Kommunalität	VARIMAX-rotierte Faktorenmatrix (Höchstladungen der extrahierten Faktoren unterstrichen) F.1	F.2	F.3	F.4	F.5	F.6
235	HG 1-1 Mißtr.geg.Ärzte u. Therap.	3.85	19.3	19.3	1	.30	.42	-.01	-.19	-.24	-.16	.03
236	HG 2-1 Risikovermeid.	1.98	9.9	29.2	2	.62	.13	-.03	.23	.07	.70	-.22
237	HG 3-1 Beacht.v.Krankh.anz.	1.73	8.7	37.9	3	.70	.08	.21	-.06	-.12	.79	.05
238	HG 4-1 Mißtr.geg.eig.Körp.	1.49	7.5	45.4	4	.45	.38	.22	.33	-.38	.02	-.02
247	FPI 2-1 Aggr.	1.34	6.7	52.1	5	.64	-.10	.76	.00	.09	-.11	.14
248	FPI 9-1 Offen.	1.12	5.6	57.7	6	.63	-.14	.73	.21	.05	.11	.12
249	FPI E-1 Extrav.	1.00	5.1	62.8	7	.51	.23	.56	-.26	.01	-.01	-.23
250	FPI N-1 Em.Lab.	.97	4.9	67.7	8	.44	-.39	.33	.20	.18	-.11	.30
271	FBL 1-1 Allg.	.86	4.3	72.0	9	.42	-.16	-.26	-.11	.00	.55	.06
276	SES 1-1 Geh. St.	.84	4.2	76.2	10	.61	.75	.02	-.16	-.14	.00	-.03
277	SES 2-1 Mißst.	.72	3.6	79.8	11	.74	-.10	.30	.11	.77	.16	.05
278	SES 3-1 Akt.	.69	3.5	83.3	12	.67	.75	.09	.03	.03	.19	-.25
279	SES 4-1 Gedr. St.	.63	3.2	86.5	13	.66	-.11	.00	.13	.70	.03	.36
280	SES 5-1 Trägh.	.51	2.6	89.0	14	.47	-.19	.31	.16	.16	.02	.53
281	SES 6-1 Müd.	.45	2.3	91.3	15	.69	-.07	.02	.07	.76	-.30	.03
282	SES 2-1 Ausg. St.	.42	2.1	93.4	16	.67	.78	-.24	-.04	-.02	-.03	.00
295	BFB 2-1 Bel.i.Z.m.Ehe	.38	1.9	95.3	17	.64	-.20	-.02	.74	.16	.01	.15
297	BFB 2-1 Überford. Arb.	.34	1.7	97.1	18	.38	.08	.16	.28	.16	-.10	.48
298	BFB 3-1 Unzufr.Arb.,Koll.,Bez.	.32	1.6	98.7	19	.62	-.10	-.10	.00	.04	.00	.77
299	BFB 4-1 Bel.i.Z.m.Ki.	.26	1.3	100.0	20	.66	-.08	.03	.80	.05	.00	-.05

Tab. 37: Faktorenanalyse (Hauptkomponentenanalyse) zu Variablen der psychologischen Fragebogen vom Kurende einschließlich der jeweils drei BdK- und Arzt- und Betreuerin-Rating-Variablen. N=114 LVA-Kurpatienten. Darstellung von Variablen, Eigenwerten und Varianzen, Kommunalitäten, Ladungsmustern (im Rahmen der VARIMAX-rotierten Faktorenmatrix), Transformationsmatrix. (Umgekehrte Polung der HG-Variablen beachten)

Nr.	Variable	Eigenwert	Varianz % pro Faktor	Varianz % kumuliert	Nr. Faktor	Kommunalität	VARIMAX-rotierte Faktorenmatrix (Höchstladungen der extrahierten Faktoren unterstrichen) F.1	F.2	F.3	F.4	F.5	F.6	F.7
219	BdK 1 Glob.subj.Kurerf.	8.74	23.6	23.6	1	.77	-.27	.57	-.56	-.08	.06	-.20	.02
220	BdK 2 Zufr.med.Unt.Beh.	3.28	8.9	32.5	2	.65	-.22	.71	.03	-.14	-.23	-.09	-.03
221	BdK 3 Zufr.m.erh.-u.kommun.-förd.Bed.	2.67	7.2	39.7	3	.67	.09	.72	-.21	-.13	-.04	.03	.06
222	BdK 4 Pos.Bew.psych.Kurm.	2.28	6.2	45.9	4	.63	.19	.77	-.10	-.06	-.10	.04	.16
227	KKB1-2 Seel.psychosoz.Probl.,Ps.-Th.	1.71	4.6	50.5	5	.66	.61	.14	.09	.06	.19	.22	.41
228	KKB2-2 Streß u. Schon.	1.64	4.4	54.9	6	.73	.21	-.01	.31	-.12	.11	.72	-.19
229	KKB3-2 Körperleid.u. Org.-Med.	1.43	3.9	58.8	7	.45	-.11	-.06	.11	-.32	-.10	.53	.14
230	KKB4-2 Bel. unbefr.Arb.-Sit.,H.z.Zufr.	1.29	3.5	62.3	8	.61	.04	-.08	-.05	.23	-.01	.72	.17
239	HG 1-2 Mißtr.geg.Ärzte u.Therap.	1.26	3.4	65.8	9	.37	-.21	.23	-.09	-.46	-.03	-.22	-.02
240	HG 2-2 Risikovermeid.	1.10	3.0	68.7	10	.19	-.07	-.17	.06	.38	.01	-.07	.02
241	HG 3-2 Beacht.v.Krankh.anz.	1.01	2.7	71.5	11	.54	.09	-.06	-.22	.65	-.06	.05	-.21
242	HG 4-2 Mißtr.geg.eig.Körp.	.92	2.5	74.0	12	.44	-.20	.04	-.59	.03	.15	-.03	-.14
251	FPI2-2 Aggr.	.87	2.4	76.3	13	.46	-.03	.04	-.01	.53	.23	.00	.34
252	FPI9-2 Offen.	.85	2.3	78.6	14	.70	-.19	-.14	.10	.08	.77	.09	.17
253	FPIE-2 Extrav.	.67	1.8	80.5	15	.61	-.61	-.07	-.39	.22	-.03	.07	.10
254	FPIN-2 Em.Lab.	.65	1.8	82.3	16	.79	.44	.10	.08	.40	.64	-.05	.10
265	BPI1-2 Geh.	.60	1.6	83.9	17	.64	.66	.08	.32	.04	.26	.00	.14
266	BPI2-2 Err.	.58	1.6	85.5	18	.70	.37	-.03	.11	.27	.65	-.05	.20
267	BPI3-2 Nerv.	.52	1.4	86.9	19	.65	.49	-.06	.52	.07	.36	.04	.04
268	BPI4-2 Depr.	.50	1.4	88.3	20	.77	.57	-.12	.21	.20	.44	.13	.03
269	BPI5-2 Int.	.47	1.3	89.5	21	.67	.73	.05	.05	.11	-.05	.08	.30
270	BPI6-2 Lüg.	.43	1.2	90.7	22	.64	-.15	.22	.10	.11	-.74	.01	.01
272	FBL1-2 Allg.	.39	1.1	91.8	23	.39	.14	-.17	.55	.09	.12	.04	.11
281	SES1-2 Geh.St.	.37	1.0	92.8	24	.67	-.58	.46	-.23	.01	-.12	-.02	-.19
282	SES2-2 Mißst.	.35	1.0	93.7	25	.70	.04	.03	.47	.64	.19	-.07	-.11
283	SES3-2 Akt.	.30	.8	94.6	26	.70	-.49	.47	-.42	-.08	-.05	.14	-.19
284	SES4-2 Gedr. St.	.27	.8	95.3	27	.57	.24	.06	.47	.50	-.03	.07	.06
285	SES5-2 Trägh.	.26	.7	96.0	28	.41	.00	-.15	.13	.42	.38	.18	-.11
286	SES6-2 Müd.	.24	.7	96.7	29	.61	-.04	-.09	.68	.30	.04	.20	-.04
287	SES7-2 Ausg.St.	.21	.6	97.3	30	.58	-.48	.37	-.21	-.21	-.24	.01	-.23
299	BFB1-2 Bel.i.Z.m.Ehe	.20	.6	97.8	31	.61	.37	.22	.09	.03	.15	.10	.61
300	BFB2-2 Überford.Arb.	.16	.5	98.3	32	.63	.21	.23	.11	.29	.11	.64	.01
301	BFB3-2 Unzufr.,Arb.,Koll.,Bez.	.16	.4	98.7	33	.45	.04	-.20	.24	.42	.11	.18	.35
302	BFB4-2 Bel.i.Z.m.Ki.	.14	.4	99.1	34	.62	.13	.00	.04	-.09	.07	.02	.76
307	Arztr.1 Pos.Kurerf.,günst.Prog.Arzt	.13	.4	99.5	35	.58	.00	.09	-.70	.01	-.17	-.20	.10
308	Betrr. Ps.ger.Auff.,pos.Kurerf.Betr.	.10	.3	99.8	36	.36	-.10	.19	-.46	.04	.02	.10	-.29
309	Arztr.2 Psychosom.Gest. Arzt	.08	.2	100.0	37	.49	-.63	.08	.13	-.02	.16	-.15	.08

Transformationsmatrix zu Tab. 38b:

	F.1	F.2	F.3	F.4	F.5	F.6
F.1	.68	.25	.08	-.56	.31	-.18
F.2	.20	.43	-.78	.28	.07	.25
F.3	.12	.68	.54	.33	-.30	.10
F.4	-.29	.20	.11	.31	.29	-.35
F.5	.59	-.40	.02	.60	-.07	-.33
F.6	.20	-.24	.26	.12	.40	.80

Transformationsmatrix zu Tab. 37:

	F.2	F.2	F.3	F.4	F.5	F.6	F.7
F.1	.59	-.26	.50	.32	.36	.17	.22
F.2	.51	.68	-.27	-.24	-.00	.04	.35
F.3	-.19	.15	-.48	.60	.57	-.08	.04
F.4	-.22	.44	.27	.39	-.27	.65	-.12
F.5	-.02	.37	.43	.32	-.19	-.72	-.03
F.6	-.44	.26	.42	-.43	.58	.03	.17
F.7	-.29	-.18	-.01	.13	-.28	-.00	.88

(Achtung, Tab. 38a auf Vorderseite)

Tab. 38b: Faktorenanalyse (Hauptkomponentenanalyse) zu Variablen psychologischer Fragebogen, basierend auf Angaben von LVA-Kurpatienten und Personen einer unbehandelten Vergleichsgruppe (N=174) zu Termin 2 (Kurende). Darstellung von Variablen, Eigenwerten und Varianzen, Kommunalitäten, Ladungsmustern (im Rahmen der VARIMAX-rotierten Faktorenmatrix), Transformationsmatrix. (Umgekehrte Polung der HG-Variablen beachten)

		Eigenwert	Varianz % pro Faktor	Varianz % kumuliert	Nr. Faktor	Kommunalität	VARIMAX-rotierte Faktorenmatrix (Höchstladungen der extrahierten Faktoren unterstrichen) F.1	F.2	F.3	F.4	F.5	F.6
239	HG1-2 Mißtr.geg.Ärzte u.Therap.	4.75	23.7	23.7	1	.68	.22	.78	-.02	-.06	-.02	-.11
240	HG2-2 Risikovermeid.	1.96	9.8	33.5	2	.63	.06	.70	.05	-.15	.32	.03
241	HG3-2 Beacht.v.Krankh.anz.	1.92	9.6	43.1	3	.59	-.18	.60	-.00	.37	-.21	.06
242	HG4-2 Mißtr.geg.eig.Körp.	1.42	7.1	50.3	4	.55	.45	.41	-.09	-.26	.30	.07
251	FPI2-2 Aggr.	1.28	6.4	56.7	5	.44	-.34	-.17	-.08	.01	-.21	.48
252	FPI9-2 Offen.	1.11	5.5	62.2	6	.63	.02	-.17	.77	-.00	-.03	.10
253	FPIE-2 Extrav.	.90	4.5	66.8	7	.61	.12	.17	.73	.12	-.07	.04
254	FPIN-2 Em. Lab.	.86	4.3	71.1	8	.74	-.05	.06	.02	.15	.02	.84
272	FBL1-2 Allg.	.82	4.1	75.2	9	.68	-.12	.00	.74	-.19	.11	-.24
281	SES1-2 Geh.St.	.77	3.9	79.1	10	.66	-.11	.04	-.06	.73	-.27	.19
282	SES2-2 Mißst.	.70	3.5	82.6	11	.66	.70	.19	.24	-.20	-.05	-.17
283	SES3-2 Akt.	.57	2.9	85.5	12	.77	-.21	.03	.04	.85	-.03	-.00
284	SES4-2 Gedr.St.	.50	2.5	88.0	13	.64	.75	-.00	.06	-.21	.13	-.07
285	SES5-2 Trägh.	.45	2.3	90.3	14	.54	.45	.32	.10	-.29	-.19	.30
286	SES6-2 Müd.	.42	2.1	92.4	15	.58	.53	.04	.13	-.13	.13	-.34
287	SES7-2 Ausg.St.	.38	1.9	94.4	16	.76	-.26	-.20	-.04	.80	-.02	.07
299	BFB1-2 Bel.i.Z.m.Ehe	.33	1.7	96.0	17	.68	.22	-.02	-.02	-.27	.74	.04
300	BFB2-2 Überford.Arb.	.32	1.6	97.7	18	.58	.62	-.04	-.28	.11	.29	.08
301	BFB3-2 Unzufr.Arb.,Koll.,Bez.	.27	1.4	99.0	19	.35	.33	.05	-.13	-.23	-.02	-.00
302	BFB4-2 Bel.i.Z.m.Ki.	.19	1.0	100.0	20	.67	.00	.09	.00	-.01	.80	-.14

Tab. 39: Faktorenanalyse (Hauptkomponentenanalyse) zu ausgewählten psychologischen (Fragebogen-), anamnestischen und medizinischen Variablen, basierend auf den Daten von N=105 LVA-Kurpatienten zu Beginn ihrer Kur. Darstellung von Variablen (bei anamnestischen Variablen teilweise Verrechnung einzelner Kennwerte in - gleichsinniger - Summenwertform+), Eigenwerten und Varianzen, Kommunalitäten, Ladungsmuster(im Rahmen der VARIMAX-rotierten Faktorenmatrix), Transformationsmatrix. (Umgekehrte Polung bei HG-Variablen beachten)

Nr.	Variable	Eigenwert	Varianz % pro Faktor	Varianz % kumuliert	Kommunalität	VARIMAX-rotierte Faktorenmatrix (Höchtsladungen der extrahierten Faktoren unterstrichen) F.1	F.2	F.3	F.4	F.5	F.6	F.7	F.8	F.9	F.10	F.11	F.12	F.13
216	EzK1 Erw.befr.Ges.-Zust.	10.67	13.0	13.0	.53	-.05	-.05	.13	.65	-.02	-.10	-.18	-.04	-.05	.07	-.15	.04	.00
217	EzK2 Erw.Entl.v.allt. Anf.Ausspr.Kont.	5.59	6.8	19.8	.62	-.08	.17	-.07	.67	-.16	-.07	-.01	-.07	-.11	-.00	.14	.18	-.10
218	EzK3 Erw.natürl.Heilm., Erf.-Zuv.	3.87	4.8	24.5	.54	-.04	-.29	-.10	.12	.17	.21	-.29	-.02	-.30	.12	-.36	.00	-.12
223	KKB1-1 Seel.psychosoz. Probl., Ps.-Th.	3.48	4.2	28.7	.68	-.18	.30	.08	.52	-.24	-.02	.23	-.13	-.14	.05	.21	-.07	-.23
224	KKB2-1 Streß u.Schon.	3.14	3.8	32.6	.64	-.20	.06	-.07	.62	-.09	.05	.23	-.19	.05	.25	-.11	-.03	.09
225	KKB3-1 Körperleid.u. Org.-Med.	3.04	3.7	36.3	.58	-.16	-.09	.31	.50	.21	.07	.12	-.23	.10	.07	.17	-.13	.06
226	KKB4-1 Bel.unbefr.Arb.-Sit.,H.z.Zufr.	2.61	3.2	39.5	.59	-.24	.22	-.14	.34	.04	.23	.37	.11	.11	-.00	.31	.15	-.00
235	HG1-1 Mißtr.geg.Ärzte u.Therap.	2.51	3.2	42.6	.36	-.06	-.18	.01	.06	.15	.42	-.15	-.06	-.16	-.04	-.19	.07	-.09
236	HG2-1 Risikovermeid.	2.37	2.9	45.5	.44	.41	.10	-.07	-.19	-.16	-.01	.10	-.18	.12	.06	.20	-.13	.26
237	HG3-1 Beacht.v.Krankh.-anz.	2.25	2.7	48.2	.58	.12	.12	-.12	-.29	-.22	.37	-.22	.02	-.06	.13	.39	-.18	.02
238	HG4-1 Mißtr.geg.eig.Körp.	2.04	2.6	50.8	.48	.10	.14	-.06	-.25	-.01	.58	.02	-.07	-.11	-.03	.04	.07	-.06
247	FPI2-1 Aggr.	2.02	2.5	53.3	.65	-.03	.71	-.08	-.23	.06	.06	.10	-.02	.10	.00	.02	.20	-.09
248	FPI9-1 Offen.	1.85	2.5	55.8	.62	.13	.71	-.16	-.06	.06	-.03	.12	-.02	.02	-.01	.02	-.12	.16
249	FPIE-1 Extrav.	1.70	2.1	57.9	.46	.10	.01	-.43	-.15	.23	.25	-.04	-.09	.05	-.23	.00	.15	-.10
250	FPIN-1 Em. Lab.	1.70	2.1	60.0	.76	-.09	.70	.12	.23	-.27	-.17	-.16	.00	.05	.18	.08	-.10	-.09
259	BPI1-1 Geh.	1.60	2.0	62.0	.71	-.40	.37	.35	.11	-.44	-.17	.12	.03	.02	.14	.02	-.04	.04
260	BPI2-1 Err.	1.56	1.9	63.9	.75	.01	.74	.09	.25	-.23	-.11	-.11	.01	.17	.04	.03	.03	-.09
261	BPI3-1 Nerv.	1.42	1.7	65.6	.66	-.32	.40	.16	.26	-.21	-.21	.11	-.21	-.00	.36	.04	.00	.11
262	BPI4-1 Depr.	1.36	1.7	66.3	.69	-.30	.49	.19	.21	-.29	-.20	-.04	-.00	.06	.24	.16	-.23	-.05
263	BPI5-1 Int.	1.32	1.7	68.0	.64	-.28	.24	.40	.16	-.35	-.08	.04	-.11	.12	.28	.21	-.15	-.08
264	BPI6-1 Lüg.	1.28	1.6	69.6	.52	-.01	-.53	.04	-.09	-.00	.18	.08	-.06	.05	.11	.03	.35	-.20
271	FBL1-1 Allg.	1.18	1.4	71.0	.41	-.20	.00	.02	.25	-.12	-.22	.09	-.20	.08	.41	.02	-.01	.08
274	SES1-1 Geh.St.	1.14	1.4	72.4	.60	-.01	-.20	.00	-.00	.27	.63	.10	-.01	-.17	-.12	-.06	-.01	.14
275	SES2-1 Mißst.	1.11	1.4	74.8	.57	.13	.01	-.12	-.08	-.04	.19	-.02	.63	.13	.13	.18	.06	-.15
276	SES3-1 Akt.	1.07	1.4	75.2	.61	.19	-.10	-.05	.07	.07	.71	-.00	.08	-.01	-.12	-.06	.04	-.06
277	SES4-1 Gedr.St.	1.05	1.4	76.6	.63	-.01	.02	-.07	.09	-.04	-.13	.17	.07	.63	.31	.23	.05	-.08
278	SES5-1 Trägh.	.98	1.3	77.9	.49	.05	.35	-.04	-.05	.15	-.11	.25	.01	.01	.10	.20	-.22	.38
279	SES6-1 Müd.	.94	1.1	79.1	.56	.01	-.07	-.16	.13	.07	-.35	.20	-.16	.54	.07	.02	-.11	-.00
280	SES7-1 Ausg.St.	.89	1.1	80.2	.51	-.01	-.39	.07	.18	.01	.53	-.00	.07	-.00	-.12	.06	.03	.14
295	BFB1-1 Bel.i.Z.m.Ehe	.87	1.1	81.3	.50	-.01	.21	.04	.07	-.21	-.18	.53	-.08	.23	.03	.07	.07	-.09
296	BFB2-1 Überford.Arb.	.84	1.0	82.3	.50	.02	.37	.10	.22	-.07	.20	.42	.04	.12	.18	.13	-.00	-.04
297	BFB3-1 Unzufr.Arb.,Koll. Bez.	.80	1.0	83.3	.63	-.15	-.01	-.08	-.04	-.11	-.16	.11	-.13	.09	.11	.69	-.13	-.03
298	BFB4-1 Bel.i.Z.m.Ki.	.76	.9	84.3	.52	.19	.16	.12	.23	-.09	.01	.47	-.33	.06	.11	.03	-.05	-.13
30	Schicht	.74	.9	85.2	.53	-.08	.00	.28	-.14	-.39	-.29	.00	.03	.12	-.27	.14	-.23	-.09
5	Fam.-St.	.67	.8	86.0	.60	-.14	.15	.18	.11	.01	-.01	-.67	-.12	-.01	-.00	.05	-.03	-.13
Σ 46-52	Kindheitsbedingungen++	.64	.8	87.8	.57	.47	.09	-.32	-.03	-.03	-.01	.02	.22	.22	.20	-.09	-.26	-.13
Σ 17-19	Eigeninit.Arbeitsplatzflukt.+++	.64	.8	88.6	.51	.26	.14	-.02	.06	.38	.08	.20	.27	.09	-.31	.17	-.09	.05
Σ 36,37,21	Krankheitszeiten, Entlass.++++	.61	.8	89.4	.58	-.02	.04	.03	.22	.36	-.16	-.32	.01	.10	.23	.40	-.04	.18
1	Alt.	.58	.8	90.2	.43	.08	-.18	.55	.10	-.02	-.12	-.16	.02	.18	-.07	-.00	-.02	-.10
Σ 15,44	VäterI.u.eig. Abg.Ber.-Ausb.+++++	.54	.6	90.8	.60	.65	.07	-.09	.22	-.04	-.06	.07	.23	.10	-.07	-.12	-.09	-.08
Σ 6,7,8,16,29	Berufsstatusmerkmale u. Z.d.Ki.+++++	.52	.6	91.4	.51	-.09	-.00	-.00	-.04	.66	.08	-.13	.11	.01	-.06	-.02	.08	.07
Σ 34,54	St.Erhol/T., Z.d.z.Erhol.gen.	.51	.5	91.9	.39	.06	-.05	.06	-.03	.56	.03	-.03	.17	.06	.08	-.06	-.12	-.06
55	Überw.Freiz.-Gest. (Url.-T.	.47	.5	92.4	.54	-.56	.21	.00	.05	.07	-.03	.14	.00	.03	.22	-.26	.06	.18
56	Erhol-Gef.n.Wochene.	.46	.5	92.9	.56	.11	.14	-.28	.00	-.39	-.16	.07	-.09	.08	.21	.39	.32	.04
57	Erhol-Gef.n.Url.	.42	.5	93.4	.42	.01	.16	-.09	-.03	-.47	-.09	.17	.10	.10	.25	.17	-.07	.00
58	St.Schlaf	.41	.5	93.9	.66	-.03	-.10	-.10	-.02	-.11	.17	-.13	-.00	-.23	-.20	.00	-.01	.69
59	Morg. ausgeschl.	.39	.5	94.4	.52	-.08	.19	-.08	.14	-.11	.07	.00	-.19	.07	.57	.07	-.18	-.15
60	Schlafstör.	.35	.4	94.9	.56	.06	-.35	.12	-.09	.11	.08	.02	.04	-.06	-.58	-.05	-.08	-.20
3	Geschl.	.34	.4	95.3	.75	-.58	.02	.02	.10	.08	-.20	-.14	-.44	.06	.35	.06	.01	.07
347	Zus.psych.Beh.	.31	.4	95.6	.46	.08	-.17	-.23	-.07	.20	-.09	.16	.05	.02	.02	-.44	-.14	.26
	Int 1 Psychosoz.Bel.u. psychoveg.Gest.	.29	.4	96.0	.52	-.13	.09	-.07	.25	-.12	-.46	.04	.03	.09	-.02	.52	-.07	.05
	Int 2 Allg.belast.-rel. Asp.Kindh.-Erinn.	.27	.3	96.3	.45	.13	.22	.04	-.22	.06	-.06	-.16	-.16	.13	-.10	-.09	.23	.40
	Int 3 Gefm.mitfrüh.Bezugspers.v.Kindh.-Erinn.	.26	.3	96.7	.49	-.19	-.05	-.06	-.21	.39	-.06	.16	-.15	.36	-.07	-.09	.16	.16
66	Rauch.	.25	.3	97.0	.50	-.12	-.28	.15	-.06	-.14	-.21	.14	-.06	.47	.27	.06	.19	-.10
74	Schlaftbl.i.l.J.	.23	.3	97.3	.48	-.12	.01	.01	.05	.10	-.29	.00	.06	-.00	.54	.26	-.08	-.04
75	Beruhtbl.i.l.J.	.22	.3	97.5	.59	-.06	.19	-.17	.13	.05	-.27	-.08	.09	-.15	.26	-.02	.24	.08
76	Schmerztbl.i.l.J.	.20	.2	97.8	.37	-.03	-.06	.02	-.13	.33	-.37	.04	-.12	-.11	.19	-.10	-.03	-.15
78	Abführtbl.i.l.J.	.18	.2	98.0	.62	-.38	-.00	.14	-.19	.00	.00	.01	.11	.16	.60	-.04	-.08	-.07
79	Sonst.Med.i.l.J.	.15	.2	98.2	.32	-.06	.06	.19	.01	-.04	-.03	.14	.20	-.05	.09	-.04	.12	.40
62	Kaffee-bzw.Teekons./T.	.15	.2	98.4	.42	-.08	.12	-.04	-.23	-.09	-.07	-.09	-.09	.42	.04	-.32	-.03	-.16
63	Bierkons./Wo.	.15	.2	98.6	.53	.20	.16	.24	.00	-.00	-.01	.09	.30	.15	-.50	.06	.06	-.13
64	Weinkons./Wo.	.13	.2	98.7	.39	.07	.03	-.08	-.01	.19	-.00	.21	.00	-.51	.17	-.06	-.00	-.00
65	Kons.hochproz.Getr./Wo.	.12	.2	98.9	.27	-.11	-.05	-.07	-.09	.28	.00	.00	.13	.08	-.12	-.11	.09	-.14

Fortsetzung Tab. 39:

Nr.	Variable	Eigenwert	Varianz % pro Faktor	Varianz % kumuliert	Kommunalität	F.1	F.2	F.3	F.4	F.5	F.6	F.7	F.8	F.9	F.10	F.11	F.12	F.13
						VARIMAX-rotierte Faktorenmatrix (Höchstladungen der extrahierten Faktoren unterstrichen)												
310	Größe	.11	.1	99.0	.73	.75	-.03	.04	-.28	-.07	.05	.02	.09	-.06	-.18	-.11	-.04	-.00
311	Gew.Kuranf.	.10	.1	99.2	.89	.67	.04	.55	-.16	.05	.16	.09	.04	-.13	-.11	-.14	.05	.09
345	Hauptdiag.	.09	.1	99.3	.43	.11	.16	.23	.12	.16	-.39	.05	-.07	-.08	.06	.24	.23	-.04
313	psR Kuranf.	.08	.1	99.4	.62	-.19	-.10	-.02	.02	.04	.03	.00	.08	.11	-.11	.06	.73	.00
314	pdR Kuranf.	.07	.1	99.5	.68	.01	-.03	.08	.03	.03	.11	.06	.05	.09	.02	.02	.79	.06
317	Puls Kuranf.	.07	.1	99.6	.47	.01	-.20	-.01	.21	.11	-.21	.11	-.14	.10	.23	.03	.30	.36
319	Cholest.	.06	.1	99.6	.54	.12	-.04	.19	-.06	.31	.05	-.15	.35	.08	.09	.10	.24	.37
323	Trigl.	.05	.1	99.7	.52	.09	.05	.12	-.05	.10	-.09	-.06	.25	.51	-.03	-.12	.25	.25
327	Harns.	.04	.1	99.8	.42	.31	-.02	.07	-.04	.11	.03	.05	.49	.05	-.05	-.04	.06	.19
331	γ-GT	.04	.1	99.8	.46	.11	.06	-.01	.34	.16	.10	-.34	.07	.20	.00	.10	.25	-.05
334	Harnst.	.03	.1	99.9	.41	.04	-.17	.28	.03	-.02	-.07	.47	.20	-.17	-.09	-.03	-.07	-.11
336	BKS 1.St.	.03	.1	100.0	.69	-.05	.06	.00	.09	.12	.06	-.16	-.79	.06	.02	-.02	.02	.06
337	BKS 2.St.	.02	.0	100.0	.69	-.02	.05	.04	.01	-.17	.00	.16	-.78	.02	.03	.06	.00	.03
342	Leuko.	.02	.0	100.0	.26	-.02	-.05	-.18	.07	-.08	.00	.00	.02	.20	-.15	-.12	.31	.17
343	Ery.	.01	.0	100.0	.75	.48	.00	.12	-.27	.22	.26	.05	.50	.16	-.15	-.01	.05	.01
344	Hämogl.	.00	.0	100.0	.72	.45	.04	.07	-.23	.17	.21	.11	.52	.19	-.15	-.09	.06	.09
(311)	Relativgew.	.00	.0	100.0	.67	.11	.10	.73	.04	.16	.17	.10	.03	-.10	.02	-.07	.10	.11

Transformationsmatrix	F.1	F.2	F.3	F.4	F.5	F.6	F.7	F.8	F.9	F.10	F.11	F.12	F.13
F.1	-.47	.33	-.00	.33	-.31	-.35	.06	-.28	-.09	.42	.22	-.06	-.07
F.2	.49	.59	.05	-.12	-.19	-.13	.25	.33	.33	-.06	.17	-.12	.02
F.3	-.14	-.07	-.34	-.15	.43	-.30	-.03	.23	.47	.24	-.00	.35	.26
F.4	-.01	-.14	.55	.52	.22	.22	.14	.22	-.05	.08	-.07	.42	.18
F.5	-.03	.15	.62	.30	-.00	.47	.26	-.12	-.02	-.23	.24	.23	-.08
F.6	.08	-.52	.20	.05	-.25	-.21	.53	-.19	.37	-.23	.07	.17	-.08
F.7	.17	-.22	-.20	.39	.34	-.35	.29	.25	-.36	.08	.17	-.40	.00
F.8	-.06	.08	.01	-.43	.04	.18	.59	-.20	-.29	.29	-.08	-.01	.40
F.9	.29	.18	.03	.20	.40	-.06	-.06	-.55	.25	-.11	-.24	-.23	.17
F.10	-.11	-.13	.16	-.04	.25	.47	.09	.09	.42	.35	.16	-.41	-.34
F.11	.45	-.05	-.16	.05	-.10	-.02	.02	-.08	-.10	.53	-.36	.30	-.46
F.12	.39	-.25	.03	.04	-.17	.13	-.32	-.15	-.00	.30	.58	.07	.39
F.13	.01	.16	.20	-.30	.41	-.17	.02	-.22	-.23	-.11	.49	-.29	-.42

\+ Aufgrund der faktorenanalytischen Auswertungen zum Anamnestischen Erhebungsbogen werden die mit Σ gekennzeichneten Variablen in Summenwertform verrechnet und teilweise -dementsprechend gleichsinnig- (abweichend von der Grundvariablenliste Tab. 1) umcodiert.

++ Summenwertbildung aus den Meßwerten der auf die Umgebungsbedingungen der Kindheit bezogenen anamnestischen Items 46-52, wobei 'aufgew.in Fam.' als 1=nein und 2=ja umcodiert wird, die Items 47-52 jedoch in der aus Tab. 1 ersichtlichen Codierung (z.B.'aufgew.o.Vat. 1=ja,2=nein) verrechnet werden. Ein zunehmender Wert bedeutet also die vermehrte Wahrscheinlichkeit, unter familiären Bedingungen aufgewachsen zu sein.

+++ Summenwertbildung aus den anamnestischen Kennwerten zur Zahl der bisherigen Arbeitsplätze (Z.bish. Arb.-Pl.)und zu den Stellenwechselgründen der 'zu schweren' und 'nicht befriedigenden' Arbeit (Variablen 17-19), wobei bei den letzten beiden genannten eine Umcodierung i.S. von 1=nein, 2=ja vorgenommen wird. Ein zunehmender Wert bedeutet also eine vermehrte und eher der eigenen Entscheidung unterliegende Arbeisstellenfluktuation.

++++ Summenwertbildung aus Häufigkeit (Anzahl) und Dauer (Anzahl Wochen) der Krankmeldungen in den beiden Kurvorjahren sowie aus dem Kennwert 'entlassen' als Grund für eventuelle Arbeitsstellenwechsel (bei Umcodierung i.S. von 1=nein, 2=ja) (Variablen 36,37 und 21).

+++++ Summenwertbildung aus den Kennwerten (Variablen 15 und 44) zur Abgeschlossenen Berufsausbildung, und zwar unter folgender Umcodierung: 1=nein, 2=ja. Mit zunehmendem Wert ist der Berufsausbildungsabschluß des Patienten und seines Vaters also wahrscheinlicher.

++++++ Summenwertbildung aus den Kennwerten zu Variablen 6: Ehep.ber.-tät., 7: Z.d.Ki., 8: Nettoverd., 16: Ber.-Tät. und 29: Arb.-Zt. entsprechend der in Tab. 1 vorgegebenen Codierung,außer daß bei der dreifachen Klassenbildung anhand von Variable 16 (Einfach.Arb., Spezial-u.Facharb., berufl.Höhergest.) die als Hausfr.u.o.Ber. eingestuften Patienten der Gruppe der einf.Arb. zugeordnet werden.

Tab. 40: Faktorenanalyse (Hauptkomponentenanalyse) zu ausgewählten Variablen des Katamnestischen Erhebungsbogens zu psychologischen Fragebogenvariablen, jeweils basierend auf T3, außerdem zu ausgewählten anamnestischen und diagnosespezifischen Variablen und zu der dichotomisierten Variable der erhaltenen bzw. nicht erhaltenen zusätzlichen psychologischen Behandlung, basierend auf T1. N=79 LVA-Kurpatienten. Darstellung von Variablen, Eigenwerten und Varianzen, Kommunalitäten, Ladungsmustern (im Rahmen der VARIMAX-rotierten Faktorenmatrix), Transformationsmatrix (umgekehrte Polung bei HG-Variablen beachten)

Nr.	Variable	Eigenwert	Varianz % pro Faktor	Varianz % kumuliert	Nr. Faktor	Kommunalität	VARIMAX-rotierte Faktorenmatrix (Höchstladungen der extrahierten Faktoren unterstrichen) F.1	F.2	F.3	F.4	F.5	F.6	F.7	F.8	F.9	F.10	F.11	F.12
84	Nutz d.Kur	9.12	10.9	10.9	1	.72	.78	.05	-.00	-.09	.11	-.03	-.08	-.05	-.13	-.22	.06	.04
85	Dauer Nutz.	5.42	6.5	17.3	2	.66	.73	.16	.02	.06	-.00	.01	-.12	-.03	-.06	-.25	.10	-.06
86	Kurerf.allg.	4.87	5.8	23.1	3	.48	.53	-.08	-.02	-.14	.31	-.13	.09	-.08	-.06	-.11	.01	.15
87	Psych.Kurkl.arb.	4.11	4.9	28.0	4	.43	.02	-.49	.14	.06	-.01	.04	.27	.16	-.03	.07	-.00	.23
88	Morg.gymn.Häufigk.	3.69	4.4	32.4	5	.59	-.01	.23	.17	-.17	.52	-.29	-.25	-.11	.11	.11	.02	-.15
89	Morg.gymn.Dauer	3.60	4.3	36.7	6	.53	.14	.13	.04	.07	.11	-.28	-.00	-.04	.18	-.02	.13	.59
90	Wand.Häufigk.	3.33	4.0	40.7	7	.65	-.04	.15	.60	.07	.02	-.21	-.30	.11	-.06	.29	.10	-.06
91	Wand.Dauer	3.01	3.6	44.3	8	.39	.05	-.12	.40	-.10	.00	.08	-.01	-.32	-.14	-.22	.13	-.03
92	Schwimm.Häufigk.	2.84	3.4	47.6	9	.41	.21	-.15	.25	.11	.04	.04	-.01	-.45	-.07	.03	.23	-.02
93	Schwimm.Dauer	2.68	3.2	50.8	10	.52	.29	-.01	.14	-.03	.12	.12	-.08	-.58	-.12	-.06	.14	.04
94	Hautbürst.Häufigk.	2.52	3.0	53.8	11	.58	.14	.03	-.03	-.02	.72	-.06	-.04	.01	.10	.00	-.10	.09
95	Hautbürst.Dauer	2.46	3.0	56.8	12	.60	.12	-.13	.04	.08	.65	.01	.07	-.35	-.08	-.02	-.02	-.03
96	Entspann.Häufigk.	2.22	2.7	59.4	13	.31	-.04	.10	.23	.14	.32	.04	-.10	.04	-.19	.13	.20	-.04
97	Entspann.Dauer	2.09	2.5	61.9	14	.66	-.00	.36	.59	.09	-.03	-.31	-.00	-.27	-.00	-.04	.00	-.02
98	Ernähr.beib.	2.03	2.4	64.3	15	.46	.22	.08	.13	.25	.28	-.45	-.13	.04	-.01	-.06	.08	.05
106	Arb.l.	1.86	2.2	66.6	16	.50	.01	-.19	-.16	-.27	-.06	.01	.11	.11	-.08	-.42	-.02	-.38
107	Nach Kur gl.Arb.-St.	1.76	2.1	68.7	17	.68	-.37	-.05	.51	-.06	.31	.02	.19	.11	.01	.20	-.21	.18
108	Nach Kur and.Arb.-Pl.	1.68	2.1	70.7	18	.46	.20	-.05	.06	.50	-.17	.01	-.05	-.08	-.05	.32	-.06	-.10
121	Neb.-Tät.	1.61	1.9	72.6	19	.38	.09	.22	-.00	-.07	.14	.18	-.05	.15	-.30	.03	.04	.38
122	Häufigk.d.Krankm.l.6Mon.	1.46	1.7	74.4	20	.52	-.04	-.24	-.10	.18	-.02	-.14	.08	.18	.18	.12	.29	.46
123	Dauer d.Krankm.l.6Mon.	1.42	1.7	76.0	21	.80	-.25	.02	.03	.09	.16	.01	-.01	.07	.01	.81	.15	.09
124	Häufigk.d.Krankenh.aufenth.l.6Mon.	1.34	1.6	77.6	22	.75	-.24	-.00	.04	.06	.05	-.02	-.08	.02	-.03	.81	.05	-.06
127	Beurt.Ges.-Zust.	1.29	1.5	79.2	23	.71	.77	.00	-.05	-.09	-.11	.06	-.11	-.12	.12	.04	.16	-.12
128	St.Erhol./T.	1.21	1.4	80.6	24	.62	.06	-.17	.58	-.04	.17	.20	-.37	-.04	-.06	-.10	.00	.14
129	Überwieg.Freiz.-Gest.	1.17	1.4	82.0	25	.53	.04	.16	-.03	-.12	-.21	.41	.21	-.00	.04	.46	.01	-.00
130	St.körp.Bet./Wo.	1.05	1.3	83.3	26	.60	-.03	-.13	.25	.19	.42	.18	-.33	-.12	.00	-.26	.14	.22
131	Kaffee-bzw.Teekons./T.	1.04	1.2	84.5	27	.38	.18	.04	.54	-.00	-.11	-.16	.08	-.01	.03	.03	.06	-.05
132	Bierkons./Wo.	.94	1.1	85.7	28	.67	.13	-.03	.09	-.20	.18	.66	-.05	.29	-.00	.11	.12	.00
133	Weinkons./Wo.	.86	1.0	86.7	29	.40	-.04	-.00	-.16	.32	-.20	.45	-.05	.05	.11	-.10	.01	.01
134	Kons.hochproz.Getr./Wo.	.83	1.0	87.7	30	.46	.22	.11	-.04	.30	.19	.26	.32	.01	-.16	.09	.22	-.06
66	Rauch.	.77	.9	88.6	31	.50	-.08	.00	-.12	.37	.07	-.03	.06	-.03	-.03	-.05	-.37	.00
143	Schlaftbl.l.6 Mon.	.69	.8	89.4	32	.65	-.11	.27	-.01	.04	.08	-.40	.21	.28	.08	.24	.05	-.43
144	Beruh.tbl. l.6 Mon.	.68	.8	90.3	33	.43	-.02	.02	.31	-.06	-.21	-.05	-.08	.27	.37	-.17	.13	.12
145	Schmerztbl.l. 6 Mon.	.64	.8	91.0	34	.52	-.10	.05	.51	.08	-.08	-.00	.00	-.29	.36	-.03	-.07	.08
147	Abführtbl. l.6 Mon.	.58	.7	91.7	35	.46	-.09	-.13	-.07	.03	.09	-.48	.21	-.08	.03	-.10	.06	.34
148	Sonst.Medik.l.6 Mon.	.57	.7	92.4	36	.50	-.14	.01	-.21	.06	.60	-.08	.14	.13	-.08	.12	.14	.00
149	Hausarzt aufges.	.55	.7	93.1	37	.71	-.18	-.03	-.02	.20	.56	.14	.24	.31	.15	.29	.16	-.03
150	Facharzt aufges.	.49	.6	93.7	38	.64	-.31	-.18	-.00	.08	.16	-.11	.18	.09	-.07	.60	-.20	.12
151	Psychiat.Psychol.usw.aufges.	.47	.6	94.2	39	.30	.01	.13	-.16	-.06	.02	-.17	-.10	.08	-.15	.02	-.40	-.14
152	Ggw.Körp.gew.	.41	.5	94.0	40	.39	.11	-.20	-.25	-.04	-.17	.35	-.05	.05	-.17	-.05	.23	-.12
153	Beurt.Leb.-Führ.ges.	.39	.5	95.2	41	.60	-.54	.04	.27	-.08	.01	.17	-.18	.09	.36	.06	-.01	-.08
154	Er.Fam.unang.	.37	.4	95.6	42	.79	.07	.23	.05	.20	.04	.11	-.00	.03	.81	-.08	-.10	.01
155	Er.Fam.bel.	.35	.4	96.1	43	.79	.07	.21	.07	.14	.01	.09	.02	-.06	.83	-.07	-.12	.00
156	Er.Ber.unang.	.31	.4	96.4	44	.81	-.51	.05	-.13	-.19	.10	-.12	-.03	.10	.05	.36	.44	.35
157	Er.Ber.bel.	.29	.4	96.8	45	.82	-.55	.09	-.16	-.35	.19	-.06	-.01	.06	.04	.35	.42	.12
164	Zuv.Ges.	.28	.3	97.1	46	.71	.61	-.13	.34	-.14	-.03	.32	-.07	-.06	.18	-.07	.06	.14
165	Zuv.Ber.	.25	.3	97.4	47	.69	.49	-.18	.14	-.17	-.03	.20	-.12	.11	-.01	.09	-.03	-.53
166	Zuv.Fam.	.24	.3	97.7	48	.59	.18	-.36	.43	-.02	-.19	.13	-.15	.06	.06	-.02	.35	-.16
167	Zuv.sonst.Bez.	.21	.3	98.0	49	.68	.34	-.32	.46	-.16	.06	.06	.09	.04	.26	-.01	.08	-.35
2	Alt-Gr.	.19	.2	98.2	50	.55	.02	.01	.02	.35	.10	.13	.13	-.02	-.56	-.24	.10	.01
3	Geschl.	.18	.2	98.4	51	.54	-.10	.19	.13	.35	-.02	-.49	.16	.12	.14	.12	-.23	-.10
4	Wohno.	.15	.2	98.6	52	.56	.19	-.05	.02	-.19	.05	-.37	-.23	.08	-.25	.08	.05	.14
6	Ehep.ber.-tät.	.14	.2	98.8	53	.32	.07	-.02	-.21	.12	.03	.37	-.15	.04	.04	-.13	-.20	.03
7	Z.d.Ki.	.13	.2	99.0	54	.35	-.06	.35	.04	-.06	.05	.02	-.07	.03	-.21	-.22	.27	.21
15	Abg.Ber.-Ausb.	.12	.2	99.1	55	.45	-.17	.01	-.03	.49	.23	-.13	.12	-.03	.11	.11	-.04	.17
16	Ber.-Tät.	.11	.1	99.2	56	.51	-.00	.07	-.05	-.66	.01	.08	-.09	-.05	-.08	-.08	-.09	-.14
22	Ber.-Tät. vor Kur	.09	.1	99.4	57	.70	-.31	.00	.48	.04	.38	-.01	.22	.03	.03	.27	-.26	.16
(154-163)	"Life"	.09	.1	99.5	58	.78	-.23	.08	-.07	-.02	.11	.05	.02	.10	.79	.08	.18	.13
347	Zus.psych.Beh.	.07	.1	99.6	59	.43	-.16	-.27	.14	.28	.01	.20	.05	.00	.09	-.27	.14	.13
34	Hauptdiag.	.06	.1	99.6	60	.48	-.00	-.13	-.00	-.04	-.01	.17	-.02	.60	-.06	.08	-.03	.12
231	KKB1-3 Seel.psychosoz. Probl.,Ps.-Th.	.06	.1	99.7	61	.67	.01	.68	.05	-.04	.08	-.20	.12	.18	.29	.05	-.15	-.06
232	KKB2-3 Streß u. Schon.	.05	.1	99.8	62	.66	-.02	-.06	.16	.03	.07	-.05	.76	.02	.05	.00	.18	.02
233	KKB3-3 Körperleid. u. Org.-Med.	.04	.1	99.8	63	.50	-.18	.26	.14	.14	.15	.04	.19	.41	-.07	.29	.05	-.10
234	KKB4-3 Bel.unbefr.Arb.-Sit.,N.z.Zufr.	.03	.0	99.9	64	.56	-.19	.09	-.09	.05	.01	.03	.67	.12	.05	.03	.18	.02
243	HG1-3 Mißtr.geg.Ärzte u.Therap.	.03	.0	99.9	65	.47	.30	-.33	.16	-.02	.02	-.15	-.24	-.35	-.15	.07	.02	.05
244	HG2-3 Risikovermeid.	.03	.0	100.0	66	.50	.01	-.32	.11	-.34	-.09	-.05	.08	.13	-.10	-.13	-.11	.44
245	HG3-3 Beacht.v.Krankh.anz.	.01	.0	100.0	67	.47	.05	.00	-.04	-.40	-.20	-.00	.04	-.41	-.05	.14	-.22	.00
246	HG4-3 Mißtr.geg.eig.Körp.	.01	.0	100.0	68	.49	.24	-.22	-.04	-.43	-.06	-.00	-.10	-.30	-.00	-.07	.15	.14
255	FPI2-3 Aggr.	.00	.0	100.0	69	.51	.01	-.06	.02	-.10	.01	-.04	.02	.20	-.08	.33	-.28	.49
256	FPI9-3 Offen.	.00	.0	100.0	70	.46	.28	.21	.03	-.41	-.15	.02	.24	.18	-.07	.11	-.11	.06
257	FPIE-3 Extrav.	.00	.0	100.0	71	.60	.02	-.55	-.10	-.33	.05	-.11	.18	-.03	.30	.10	.02	.07
258	FPIN-3 Em.Lab.	.00	.0	100.0	72	.61	.21	.63	-.08	.00	-.05	.01	.30	.22	.04	.10	-.08	.05
273	FBL1-3 Allg.	.00	.0	100.0	73	.66	-.30	.17	.40	.24	.11	-.06	.47	.21	-.01	-.06	-.01	-.06
288	SES1-3 Geh.St.	.00	.0	100.0	74	.61	.17	-.18	.03	-.01	-.14	-.03	-.16	.35	-.15	-.13	.50	-.02

Fortsetzung Tab. 40:

Nr.	Variable	Eigenwert	Varianz % pro Faktor	Varianz % kumuliert	Nr. Faktor	Kommunalität	F.1	F.2	F.3	F.4	F.5	F.6	F.7	F.8	F.9	F.10	F.11	F.12
							VARIMAX-rotierte Faktorenmatrix (Höchstladungen der extrahierten Faktoren unterstrichen)											
289	SES2-3 Mißst.	.00	.0	100.0	75	.63	-.05	.64	-.01	-.02	-.01	-.04	.19	-.26	.14	.25	-.01	.15
290	SES3-3 Akt.	.00	.0	100.0	76	.64	.31	-.07	-.09	-.16	.02	-.01	.16	-.05	-.00	.08	.68	-.00
291	SES4-3 Gedr.St.	.00	.0	100.0	77	.73	-.18	.67	.17	.00	.12	-.05	.02	-.14	.27	.23	.06	.21
292	SES5-3 Trägh.	.00	.0	100.0	78	.55	-.00	.38	.29	-.06	-.12	.32	.04	-.25	.22	-.05	-.21	.11
293	SES6-3 Müd.	.00	.0	100.0	79	.65	-.14	.21	-.02	.04	-.02	.07	.61	-.41	.02	.12	-.13	.01
294	SES7-3 Ausg.St.	.00	.0	100.0	80	.57	.03	.03	.07	.06	.12	.01	.08	-.12	-.19	.00	.69	-.06
303	BFB1-3 Bel.i.Z.m.Ehe	.00	.0	100.0	81	.67	-.30	.51	.00	.07	.13	-.05	.22	.14	.38	-.10	-.22	-.05
304	BFB2-3 Überford.Arb.	.00	.0	100.0	82	.61	.06	.12	-.13	-.02	.00	-.12	.73	.03	.01	-.09	-.07	.03
305	BFB3-3 Unzufr.Arb., Koll.,Bez.	.00	.0	100.0	83	.59	-.24	.17	.11	.15	-.11	.01	.24	-.04	.30	.09	-.14	.51
306	BFB4-3 Bel.i.Z.m.Ki.	.00	.0	100.0	84	.44	.19	.53	.07	-.03	-.14	.01	.23	.06	.08	-.14	-.06	.01

Transformationsmatrix

	F.1	F.2	F.3	F.4	F.5	F.6	F.7	F.8	F.9	F.10	F.11	F.12
F.1	-.59	.38	.03	.18	.18	-.15	.31	.17	.26	.37	-.11	.18
F.2	.39	.58	.31	.01	-.10	-.05	.06	-.27	.43	-.25	-.21	-.05
F.3	.04	-.22	.69	.14	.44	-.13	-.25	-.17	.01	.14	.27	.20
F.4	.35	.24	.19	.21	.33	.34	.45	.07	-.49	.02	.20	.03
F.5	.18	.25	-.02	-.70	-.00	-.19	-.15	.09	-.00	.50	.25	-.11
F.6	.18	.02	.07	.06	.04	.62	.35	.29	.23	.03	.53	-.05
F.7	-.01	-.35	.01	-.38	-.16	-.20	.47	-.21	.24	-.18	.08	.53
F.8	.07	-.09	.36	-.10	-.19	.29	.41	-.37	-.35	.33	-.29	-.26
F.9	.02	-.10	.43	.05	-.39	-.41	.18	.59	-.08	-.14	.02	-.23
F.10	.32	-.43	-.18	.12	.28	-.18	.17	.04	.45	.30	-.28	-.36
F.11	.41	.01	.04	.10	-.10	.19	-.08	.34	-.14	.31	-.40	.59
F.12	-.08	.02	.13	-.45	.57	.17	.10	.30	-.11	-.39	-.35	-.06

Tab.41: Mehrfaktorielle Varianzanalyse zu den Variablen des Fragebogens zur Erfassung subjektiver psychosozialer Belastungen im Zusammenhang mit Ehe, Familie und Beruf (BFB), basierend auf Angaben der Stichprobe der LVA-Kurpatienten zu T1, T2 sowie T3. Auswertung anhand der Faktoren des Geschlechts (G; Mä.u.Fr.), der Altersgruppe (A; 30-40 J.u. 41-50 J.), der besonderen Lebensereignisse (Leben-Le- in bezug auf T1 und T2; Life -Li- in bezug auf T3, jeweils Nein u. Ja), der Zahl der Kinder (Ki; 0-1 u. ≥2) sowie der zusätzlich erhaltenen psychologischen Behandlung (P; Ja u. Nein). N (jeweils orientiert am pro Termin mindestens für BFB4 vorhandenen N) in bezug auf T1: 102 Mä. u. 32 Fr., 69 30-40J. u. 65 41-50J., 30 Le. Nein u. 104 Le. Ja, 92 0-1 Ki. u. 42 ≥2 Ki., 25 P. Ja u. 111 P. Nein; in bezug auf T2: 80 Mä. u. 32 Fr., 59 30-40J. u. 55 41-50J., 26 Le. Nein u. 86 Le. Ja, 79 0-1 u. 33 ≥2 Ki., 22 P. Ja u. 90 P. Nein; in bezug auf T3: 84 Mä. u. 20 Fr., 50 30-40J. u. 54 41-50J., 68 1 u. 38 ≥2 Ki., 72 Li. Nein u. 37 Li. Ja, 21 P. Ja u. 83 P. Nein.+
Darstellung von 1. Abweichungen vom Gesamtmittelwert (Abw) und 2. Haupteffekten (Haupteff) unter Bereinigung der Effekte einzelner Faktoren vom Einfluß jeweils anderer Faktoren, 3. signifikanten Wechselwirkungen (WW), 4. erklärter Varianz (Var erkl). Zu 2. und 4. Angabe von F- und p-Werten, zu 3. Angabe von p-Werten (bei p ≤.05+, ≤.01++, ≤.001+++).

Variable zu den einzelnen Terminen	Geschlecht Abw Mä	Fr	Haupt-eff F	p	Altersgruppe Abw 30-40J	41-50J	Haupt-eff F	p	Lebensereignisse Abw Nein	Ja	Haupt-eff F	p	Kinderzahl Abw 0-1	≥2	Haupt-eff F	p	Zus.psych.Beh. Abw Ja	Nein	Haupt-eff F	p	WW 1)2Weg 2)3Weg 3)4Weg	Var erkl F	p
Kuranfang (T1)																							
295 BFB1-1 Bel.i.Z.m. Ehe	-.09	.30	.32		.12	-.13	.18		.17	.05	.09		-.68	1.48	11.07	+++	.35	-.08	.29		GxKi+ GxAxKi++	1.62+	
296 BFB2-1 Überford. Arb.	-.06	.19	.09		.22	-.23	.39		-.09	.02	.02		-.21	.45	.71		.12	-.03	.03		GxLe+ AxKi+	1.08	
297 BFB3-1 Unzufr. Arb.,Koll., Bez.	-.33	1.06	5.00	+	-.25	.26	.92		-.47	.14	.92		-.09	.20	.25		1.12	-.24	3.81		AxKi+	1.66+	
298 BFB4-1 Bel.i.Z.m. Ki.	-.08	.27	.99		.32	-.34	4.60	+	.19	-.06	4.47	+	-.44	.88	15.21	+++	.20	-.04	.37		AxLe+ GxAxKi+	2.02++	
Kurende (T2)																							
299 BFB1-2	-.26	.65	1.30		-.05	.06	.02		-.02	.01	.00		-.42	1.02	3.23		.39	-.08	.23		GxKi+	1.32	
300 BFB2-2	-.23	.59	1.01		.09	-.10	.07		.57	-.17	.73		-.27	.65	1.26		.63	-.13	.59			1.14	
301 BFB3-2	-.51	1.27	7.08	++	-.06	.07	.04		-.25	.08	.21		-.17	.40	.72		-.09	.02	.02		GxAxP+	1.24	
302 BFB4-2	-.16	.39	3.51		.24	-.26	3.55		-.16	.05	.45		-.25	.60	8.29		.53	-.11	3.21		GxKi+ GxP++	2.77	+++
Halbjahres-katamnese (T3)																							
303 BFB1-3	-.19	.81	1.25		.19	-.18	.27		-.61	1.36	7.05	++	-.17	.31	.44		.38	-.09	.28		LixP+	1.75+	
304 BFB2-3	-.28	1.20	2.55		-.06	.05	.03		.15	-.33	.40		.25	-.45	.90		-.01	.00	.00		AxLi+ AxLixP	.82	
305 BFB3-3	-.35	1.49	5.55	+	.34	-.31	1.13		-.45	1.01	5.15	+	.03	-.05	.01		-.07	.02	.01		GxLi+ GxAxP+	1.51	
306 BFB4-3	-.07	.31	.70		.04	-.04	.06		-.09	.19	.54		-.33	.59	6.27	+	.36	-.09	.99		GxLixKi+	1.42	

+Zur statistischen Grundauswertung vgl. Tab. 4

Tab.42: t-Test für abhängige Stichproben zur Prüfung des Mittelwertunterschiedes in den metrischen Variablen der gesamten Stichprobe der LVA-Kurpatienten zwischen Kuranfang (T1) und Kurende (T2; bei den mediz. Variabl. Cholesterin, Triglyceride, Harnsäure, γ-GT und BKS entspricht "T2" einem gegen Ende der ersten Kurhälfte angesetzten Nachprüfungstermin für Patienten mit erhöhten Werten an T1) sowie zwischen T1 und Halbjahreskatamnese (T3). Darstellung von Stichprobenumfang (N), Mittelwert (M), Standardabweichung (s), Standardfehler (s_e) für Variablen und Differenzen (Diff) zwischen T1 und T2, T1 und T3, Korrelationen (Stabilitätskoeffizienten) zwischen den Variablenausprägungen an jeweils zwei Terminen (r), p-Wert für r (p r, zweiseitig), t-Wert für Differenz (t Diff) und p-Wert für Differenz (p). Beschränkung der Kennwerte auf jeweils an zwei Terminen vorliegendes N. Anordnung T1 - T2 links, T1 - T3 rechts (Werte pro Termin jeweils untereinander)

	N	MT1 MT2	sT1 sT2	s_eT1 s_eT2	M Diff	s Diff	s_e Diff	rT1-T2	p r (2s)	t Diff	p (2s)	N	MT1 MT3	sT1 sT3	s_eT1 s_eT3	M Diff	s Diff	s_e Diff	rT1-T3	p r (2s)	t Diff	p (2s)
Psychol. Fragebogen																						
KKB																						
KKB1 Seel. psychosoz. Probl., Ps. Th.	161	14.38 14.32	5.12 5.15	.40 .41	.06	3.62	.28	.72	.000	.22	.828	131	14.45 14.73	5.19 5.02	.45 .44	-.28	4.42	.37	.62	.000	-.73	.466
KKB2 Streß und Schon.	161	11.20 10.06	2.41 2.47	.19 .19	1.14	2.41	.19	.51	.000	5.99	.000	131	10.98 9.53	2.43 2.25	.20 .19	1.44	2.77	.24	.30	.000	5.96	.000
KKB3 Körperleid. u. Org.-Med.	159	10.30 9.32	2.95 2.63	.23 .21	.98	3.31	.26	.30	.006	3.71	.000	130	10.04 9.38	2.89 3.16	.25 .28	.65	4.02	.35	.12	.178	1.83	.069
KKB4 Bel. u. unbefr. Arb. Sit. u. H. z. Zufr.	161	5.98 5.59	2.03 2.04	.16 .16	.39	2.11	.17	.46	.000	2.36	.020	131	5.85 5.93	1.98 1.98	.17 .17	-.08	2.24	.19	.36	.000	-.39	.697
HG																						
HG1 Mißtr. geg. Ärzte u. Therap.	166	4.42 4.44	1.29 1.27	.10 .10	-.02	1.08	.08	.64	.000	-.29	.775	134	4.36 4.62	1.29 1.52	.11 .13	-.25	1.61	.14	.35	.000	-1.82	.071
HG2 Risikovermeid.	168	3.54 3.46	.84 .80	.06 .06	.08	.89	.07	.41	.000	1.13	.261	135	3.54 3.66	.82 1.08	.07 .09	-.12	1.25	.11	.17	.045	-1.09	.276
HG3 Beacht. v. Krankh. anz.	168	4.42 4.28	1.15 1.08	.09 .08	.13	1.15	.09	.47	.000	1.48	.142	135	4.37 4.31	1.16 1.09	.10 .09	.06	1.10	.09	.52	.000	.63	.532
HG4 Mißtr. geg. eig. Körp.	167	4.94 5.14	1.10 .97	.08 .07	-.20	.95	.07	.58	.000	-2.78	.006	135	4.87 4.89	1.12 1.14	.10 .20	-.02	1.24	.11	.39	.002	-.21	.836
FPI																						
FPI2 Aggr.	177	2.81 2.93	1.77 2.13	.13 .16	-.12	1.80	.14	.59	.000	-.88	.383	136	2.80 2.49	1.76 1.65	.15 .14	.31	1.86	.16	.40	.000	1.93	.055
FPI9 Offen.	177	8.07 7.89	2.60 2.61	.19 .20	.17	2.05	.15	.70	.000	1.14	.257	136	8.26 8.10	2.52 2.58	.22 .22	.15	2.29	.20	.59	.000	.78	.435
FPIE Extrav.	177	5.11 5.54	2.57 2.65	.19 .20	-.42	1.77	.13	.77	.000	-3.19	.002	136	5.15 5.25	2.58 2.67	.22 .23	-.11	2.19	.19	.65	.000	-.59	.558
FPIN Em. Lab.	177	5.87 5.25	3.03 3.20	.23 .24	.63	2.46	.18	.69	.000	3.39	.001	136	5.95 6.02	3.09 3.16	.26 .27	-.07	2.67	.23	.63	.000	-.32	.749

Fortsetzung Tabelle 42:

	N	MT1 MT2	sT1 sT2	s_eT1 s_eT2	M Diff	s Diff	s_e Diff	rT1-T2	p r (2s)	t Diff	p (2s)	N	MT1 MT3	sT1 sT3	s_eT1 s_eT3	M Diff	s Diff	s_e Diff	rT1-T3	p r (2s)	t Diff	p (2s)
BPI																						
BPI 1 Geh.	174	10.12 / 9.02	6.90 / 6.91	.52 / .52	1.10	3.49	.26	.87	.000	4.15	.000											
BPI2 Err.	174	10.27 / 8.37	5.82 / 6.08	.44 / .46	1.90	4.42	.33	.72	.000	5.67	.000											
BPI3 Nerv.	174	8.14 / 7.36	4.81 / 4.80	.36 / .36	.77	3.20	.24	.78	.000	3.20	.000											
BPI4 Depr.	174	6.41 / 5.74	3.98 / 4.02	.30 / .30	.66	2.69	.20	.77	.000	3.27	.001											
BPI5 Int.	174	2.76 / 2.17	2.76 / 2.39	.21 / .18	.60	1.85	.14	.73	.000	4.26	.000											
BPI6 Lüg.	174	2.12 / 2.52	1.51 / 1.59	.11 / .12	-.40	1.39	.11	.60	.000	-3.74	.000											
FBL																						
FBl1 Allg.	166	26.36 / 19.28	6.93 / 7.31	.54 / .57	7.08	7.22	.56	.49	.000	12.63	.000	132	26.05 / 21.44	6.93 / 6.51	.60 / .57	4.61	6.69	.58	.50	.000	7.93	.000
SES																						
SES1 Geh.St.	167	7.01 / 8.01	2.17 / 2.22	.17 / .17	-.99	2.40	.19	.40	.000	-5.35	.000	130	6.89 / 6.73	2.20 / 2.04	.19 / .18	.16	2.50	.22	.30	.008	.74	.463
SES2 Mißst.	165	3.92 / 4.05	1.66 / 1.55	.13 / .12	-.13	1.87	.14	.32	.000	- .88	.385	128	3.90 / 5.09	1.71 / 1.82	.15 / .16	-1.19	2.18	.19	.24	.006	-6.21	.000
SES3 Akt.	162	7.55 / 8.07	1.58 / 2.09	.17 / .16	-.54	2.21	.17	.46	.000	-3.12	.002	125	7.52 / 8.02	2.19 / 2.00	.20 / .18	-.49	2.54	.23	.27	.002	-2.18	.031
SES4 Gedr. St.	165	4.07 / 4.08	1.59 / 1.32	.12 / .10	-.01	1.48	.11	.49	.000	- .11	.916	127	3.98 / 4.33	1.51 / 1.69	.13 / .15	-.16	2.20	.20	.05	.541	-.81	.419
SES5 Trägh.	162	4.20 / 4.40	1.54 / 1.57	.12 / .12	-.20	1.52	.12	.52	.000	-.165	.100	125	4.17 / 4.36	1.51 / 1.50	.13 / .13	-.19	2.05	.18	.04	.462	-1.04	.298
SES6 Müd.	166	6.31 / 4.93	2.17 / 2.15	.17 / .17	1.38	2.49	.19	.34	.000	7.14	.000	129	6.20 / 6.25	2.09 / 2.17	.18 / .19	-.05	2.69	.24	.21	.020	-.23	.819
SES7 Ausg.St.	163	7.39 / 7.66	2.07 / 2.16	.16 / .16	-.27	2.39	.22	.30	.000	.74	.463	126	7.35 / 7.22	2.20 / 1.85	.20 / .16	.13	2.46	.22	.29	.018	.62	.539
BFB																						
BFB1 Bel. i.Z. m.Ehe	145	9.56 / 10.22	3.63 / 3.93	.30 / .34	.11	2.48	.21	.78	.000	.54	.593	134	9.82 / 10.22	3.63 / 3.93	.31 / .34	-.40	2.50	.22	.78	.000	-1.86	.065
BFB2 Überford. Arb.	142	13.03 / 12.33	3.96 / 3.36	.33 / .29	.01	3.58	.30	.58	.000	.02	.981	133	12.65 / 12.33	4.09 / 3.36	.35 / .29	.32	3.86	.33	.48	.002	.97	.336
BFB3 Unzufr.Arb., Koll., Bez.	145	9.79 / 9.80	3.06 / 3.18	.25 / .26	-.01	2.45	.20	.69	.000	-.03	.973	134	9.75 / 9.73	2.92 / 3.06	.25 / .26	.02	2.78	.24	.57	.000	.09	.926
BFB4 Bel.i.Z. m.Ki.	110	5.16 / 5.19	1.89 / 1.59	.18 / .15	-.03	1.34	.13	.72	.000	-.21	.831	102	5.16 / 5.53	1.96 / 1.82	.19 / .18	-.37	1.72	.17	.59	.000	-2.19	.031

Fortsetzung Tabelle 42:

	N	MT1 / MT2	sT1 / sT2	s_eT1 / s_eT2	M Diff	s Diff	s_e Diff	rT1-T2	p (2s)	t Diff	p (2s)	N	MT1 / MT3	sT1 / sT3	s_eT1 / s_eT3	M Diff	s Diff	s_e Diff	rT1-T3	p (2s)	t Diff	p (2s)
Mediz. Variabl.																						
Körpergew.	180	71.83	11.89	.89	1.17	2.40	.18	.98	.000	6.54	.000	133	71.61	11.11	.96	.53	6.49	.56	.82	.000	3.67	.000
		70.66	10.56	.79									71.08	10.39	.90							
psR	143	126.81	13.43	1.12	3.74	11.43	.95	.58	.000	3.92	.000											
		123.07	11.00	.92																		
pdR	143	84.80	10.52	.88	3.00	9.78	.82	.47	.000	3.67	.000											
Puls	116	78.55	9.52	.88	4.22	10.77	1.00	.40	.000	4.22	.000											
		74.33	10.18	.94																		
Cholest.	69	296.90	35.39	4.26	48.93	43.13	5.19	.40	.001	9.42	.000											
		247.97	42.66	5.14																		
Trigl.	30	276.30	84.10	15.33	120.80	91.87	16.63	.41	.024	7.26	.000											
		155.50	83.73	15.29																		
Harns.	35	7.76	.96	.16	1.03	1.30	.21	.41	.013	4.81	.000											
		6.73	1.32	.22																		
γ-GT	30	50.63	19.42	3.55	17.13	13.25	2.42	.74	.000	7.08	.000											
		33.50	16.38	2.99																		
BKS 1.St.	25	16.76	11.63	2.32	4.48	10.50	2.10	.52	.002	2.13	.043											
BKS 2.St.	25	35.60	15.65	3.13	5.28	14.52	2.90	.61	.002	1.82	.082											
		30.32	17.18	3.42																		
Anamn.-katamn. Variabl.																						
Häufigk. d.Krankm.												138	1.85	1.35	.11	1.59	1.30	.11	.30	.002	14.35	.000
													.26	.54	.04							
Dauer Krankm.in Wo.												135	5.79	6.19	.52	4.90	6.39	.54	.18	.030	9.00	.000
Z.d.z. Erhol. gen.St./T.												135	1.92	1.36	.11	-.13	1.70	.14	.14	.096	-.91	.365
													2.06	1.23	.10							
Kaffee- bzw.Teekons./T.												138	2.02	2.00	.17	-.20	1.84	.15	.48	.008	-1.29	.200
													2.23	1.55	.13							
Bierkons./Wo.												137	4.00	3.15	.26	1.27	2.27	.19	.70	.000	6.58	.000
													2.72	2.57	.22							
Weinkons./Wo.												135	.91	1.47	.12	.21	1.58	.13	.19	.026	1.57	.118
													.69	.93	.08							
Kons.hochproz.Getr./Wo.												137	.70	1.38	.11	.29	1.37	.11	.31	.000	2.55	.012
													.40	.83	.07							
Zigarett./T.												38	17.79	2.84	2.08	4.13	13.88	2.25	.17	.282	1.84	.075
													13.66	8.02	1.30							
Schlaftbl.												138	.61	1.24	.10	.38	1.17	.10	.40	.000	3.77	.000
													.24	.77	.06							

Fortsetzung Tabelle 42:

	N	MT1 MT3	sT1 sT3	s_eT1 s_eT3	M Diff	s Diff	s_e Diff	rT1-T3	p r (2s)	t Diff	p (2s)
Beruh.-tbl.	138	1.33 .91	1.78 1.52	.15 .12	.42	1.73	.14	.46	.000	2.85	.005
Schmerz-tbl.	138	1.29 .07	1.38 1.36	.11 .11	.22	1.47	.12	.42	.000	1.79	.076
Aufputsch-tbl.	136	.05 .11	.39 .56	.03 .04	-.06	.55	.05	.37	.000	-1.24	.218
Abführ-tbl.	137	.58 .39	1.12 1.06	.09 .09	.19	1.24	.10	.36	.000	1.89	.075
Sonst. Me-dik.	135	1.66 1.14	1.83 1.66	.15 .14	.52	2.05	.17	.31	.001	2.93	.004

Tab. 43: t-Test für abhängige Stichproben zur Prüfung des Mittelwertunterschiedes in den metrischen Variablen der Stichprobe der männlichen LVA-Kurpatienten zwischen Kuranfang (T1) und Kurende (T2) bei den mediz. Variabl. Cholesterin, Triglyceride, Harnsäure, γ-GT und BKS entspricht "T2" einem gegen Ende der ersten Kurhälfte angesetzten Nachprüfungstermin für Patienten mit erhöhten Werten an T1 sowie zwischen T1 und Halbjahreskatamnese (T3). Darstellung von Stichprobenumfang (N), Mittelwert (M), Standardabweichung (s), Standardfehler (s_e) für Variablen und Differenzen (Diff) zwischen T1 und T2, T1 und T3, Korrelationen (Stabilitätskoeffizienten) zwischen den Variablenausprägungen an jeweils zwei Terminen (r), p-Wert für r (p r, zweiseitig), t-Wert für Differenz (t Diff) und p-Wert für Differenz (p). Beschränkung der Kennwerte auf jeweils an zwei Terminen vorliegendes N. Anordnung (1-T2 links, T1- T3 rechts (Werte pro Termin jeweils untereinander)

Variable	N	M T1 M T2	sT1 sT1	s_eT1 s_eT2	M Diff	s Diff	s_e Diff	rT1-T2	p r (2s)	t Diff	p (2s)	N	MT1 MT3	sT1 sT3	s_eT1 s_eT3	M Diff	s Diff	s_e Diff	rT1-T3	p r (25)	t Diff	p (2s)
Psychol. Fragebogen																						
KKB																						
KKB1 Seel. psychosoz. Probl., Ts-Th.	118	13.73 13.41	4.73 4.40	.43 .41	.33	3.66	.34	.68	.000	.98	.328	100	13.70 14.05	4.77 4.67	.48 .47	-.35	4.37	.44	.57	.000	-.80	.425
KKB2 Streß und Schon	118	10.67 9.75	2.39 2.41	.22 .22	.91	2.38	.22	.51	.000	4.18	.000	100	10.43 9.36	2.36 2.23	.24 .22	1.07	2.76	.28	.27	.006	3.87	.000
KKB3 Körperleid. u. Org.-Med.	117	10.09 9.27	3.01 2.34	.28 .22	.82	3.07	.28	.36	.000	2.89	.005	100	9.92 9.16	3.01 2.94	.30 .30	.76	4.07	.41	.06	.545	1.85	.067
KKB4 Bel. u. unbefr. Arb.-Sit., H. z. Zufr.	118	5.99 5.63	2.01 2.09	.18 .19	.36	1.99	.18	.53	.000	1.94	.054	100	5.93 6.07	2.01 2.02	.20 .20	-.14	2.21	.22	.40	.000	-.63	.528
HG																						
HG1 Mißtr. geg. Ärzte u. Therap.	124	4.52 4.52	1.23 1.27	.11 .11	.00	1.08	.10	.63	.000	.00	1.000	104	4.47 4.60	1.22 1.22	.12 .12	-.12	1.33	.13	.41	.000	-.96	.339
HG2 Risikovermeid.	125	3.62 3.54	-.85 -.85	.08 .08	.09	1.00	.09	.31	.000	.98	.327	104	3.62 3.65	.87 .72	.09 .07	-.03	.96	.09	.29	.003	-.31	.760
HG3 Beacht. v. Krankh. anz.	125	4.46 4.22	1.08 1.07	.09 .09	.25	1.06	.09	.51	.000	2.62	.010	104	4.43 4.32	1.09 1.10	.11 .11	-.11	.99	.09	.60	.000	1.19	.237
HG4 Mißtr. geg. eig. Körp.	124	5.13 5.23	-.98 -.95	.09 .09	.10	.90	.08	.56	.000	1.30	.197	104	5.10 5.05	.99 1.02	.10 .10	.05	1.12	.11	.38	.000	.44	.662
FPI																						
FP12 Aggr.	131	2.85 2.85	1.83 2.18	.16 .19	.00	1.81	.16	.60	.000	.00	1.000	105	2.86 2.47	1.78 1.63	.17 .16	.39	1.93	.19	.36	.000	2.07	.041
FP19 Offen.	131	8.24 7.92	2.61 2.73	.23 .24	.32	2.00	.17	.72	.000	1.83	.069	105	8.40 8.19	2.56 2.60	.25 .25	.21	2.37	.23	.58	.000	.91	.367
FPIE Extrav.	131	5.24 5.79	2.59 2.62	.23 .23	.54	1.70	.15	.79	.000	-3.65	.000	105	5.24 5.35	2.61 2.64	.25 .26	.11	2.23	.22	.64	.000	.53	.600
FPIN Em. Lab.	131	5.47 4.76	2.98 3.16	.26 .28	.71	2.53	.22	.66	.000	3.21	.002	105	5.62 5.66	3.02 3.20	.29 .31	.04	2.70	.26	.62	.000	.14	.885

Fortsetzung Tabelle 43:

	N	MT1 / MT2	sT1 / sT1	s_eT1 / s_eT2	M Diff	s Diff	s_e Diff	rT1-T2	p (2s)	t Diff	p (2s)	N	MT1 / MT3	sT1 / sT3	s_eT1 / s_eT3	M Diff	s Diff	s_e Diff	rT1-T3	p (2s)	t Diff	p (2s)
BPI																						
BPI 1 Geh.	128	8.89 / 7.95	6.69 / 6.48	.59 / .57	.94	3.49	.31	.86	.000	3.04	.003											
BPI 2 Err.	128	9.88 / 7.73	5.94 / 6.14	.52 / .54	2.15	4.46	.39	.73	.000	5.45	.000											
BPI 3 Nerv.	128	6.93 / 6.32	4.55 / 4.57	.40 / .40	.61	3.26	.29	.75	.000	2.11	.036											
BPI 4 Depr.	128	5.65 / 5.05	3.75 / 3.73	.33 / .33	.61	2.90	.26	.70	.000	2.38	.019											
BPI 5 Int.	128	2.29 / 1.88	2.47 / 2.16	.22 / .19	.41	1.76	.15	.72	.000	2.61	.010											
BPI 6 Lüg.	128	2.09 / 2.52	1.49 / 1.62	.13 / .14	.44	1.42	.13	.59	.000	-3.48	.001											
FBL																						
FBL1 Allg.	122	24.85 / 17.82	6.77 / 6.85	.61 / .62	7.03	7.66	.69	.37	.000	10.14	.000	101	24.49 / 20.25	6.82 / 5.92	.68 / .59	4.24	6.71	.67	.45	.000	6.36	.000
SES																						
SES1 Geh. St.	123	7.32 / 8.19	2.16 / 2.09	.19 / .19	-.87	2.37	.21	.38	.000	-4.07	.000	98	7.15 / 6.91	2.24 / 2.27	.22 / .22	.25	2.57	.26	.32	.001	.94	.348
SES2 Miß-st.	121	3.97 / 3.93	1.64 / 1.43	.15 / .13	.05	1.60	.14	.47	.000	.34	.733	96	3.97 / 5.01	1.72 / 1.84	.18 / .18	-1.04	2.15	.22	.28	.006	-4.75	.000
SES 3 Akt.	120	8.05 / 8.40	1.98 / 1.96	.18 / .18	-.36	2.24	.20	.35	.000	-1.75	.083	95	7.95 / 8.26	2.07 / 1.87	.21 / .19	-.31	2.48	.25	.21	.042	-1.24	.219
SES4 Gedr. St.	120	4.00 / 3.85	1.51 / 1.15	.13 / .10	.15	1.34	.12	.52	.000	1.23	.222	95	3.94 / 4.10	1.46 / 1.42	.15 / .15	-.17	1.89	.19	.14	.185	-.87	.387
SES5 Trägh.	120	4.07 / 4.15	1.46 / 1.36	.13 / .12	-.07	1.40	.13	.51	.000	-.59	.558	95	4.09 / 4.29	1.52 / 1.47	.16 / .15	-.20	2.01	.21	.10	.350	-.97	.334
SES6 Müd.	124	6.08 / 4.64	2.12 / 2.12	.19 / .19	1.43	2.44	.22	.34	.000	6.55	.000	99	5.99 / 6.08	2.07 / 2.11	.21 / .21	-.09	2.61	.26	.22	.031	-.35	.730
SES7 Ausg. St.	119	7.83 / 8.00	1.90 / 2.06	.17 / .19	-.17	2.38	.22	.28	.002	-.77	.443	94	7.85 / 7.38	1.96 / 1.87	.20 / .19	.47	2.43	.25	.20	.056	1.87	.065
BFB																						
BFB1 Bel. i. Z. m. Ehe	102	9.30 / 9.01	3.20 / 3.20	.32 / .32	.29	1.96	.19	.81	.000	1.52	.132	104	9.60 / 9.33	3.34 / 3.35	.33 / .33	-.23	2.52	.25	.72	.000	-.93	.353
BFB2 Überford. Arb.	100	12.92 / 12.46	4.03 / 3.77	.40 / .38	.46	3.59	.36	.58	.000	1.28	.203	103	12.56 / 12.11	4.19 / 3.37	.41 / .33	.45	3.74	.37	.57	.000	1.21	.228
BFB3 Unzufr. Arb. Koll. Bez.	102	9.20 / 9.39	2.61 / 2.80	.26 / .28	.19	2.48	.25	.58	.000	-.76	.451	104	9.35 / 9.31	2.59 / 2.77	.25 / .27	.04	2.46	.24	.58	.000	.16	.874
BFB4 Bel. i. Z. m. Ki.	79	5.03 / 4.92	1.67 / 1.33	.19 / .15	.11	1.12	.13	.74	.000	.90	.369	82	4.98 / 5.35	1.80 / 1.73	.20 / .19	-.38	1.47	.16	.65	.000	-2.33	.022

Fortsetzung Tabelle 43:

	N	MT1 MT2	sT1 sT2	s_eT1 s_eT2	M Diff	s Diff	s_e Diff	rT1- T2	p (2s)	r	t Diff	p (2s)	N	MT1 MT3	sT1 sT3	s_eT1 s_eT3	M Diff	s Diff	s_e Diff	rT1- T3	p (2s)	r	t Diff	p (2s)
Mediz. Variabl.																								
Körper-gew.	131	75.37 74.05	10.56 8.91	.92 .78	1.32	2.62	.23	.98	.000		5.77	.000	101	74.64 74.40	9.49 8.59	.94 .85	.25	7.02	.70	.70	.000		5.77	.000
psR	113	126.19 122.87	12.73 11.17	1.19 1.05	3.32	10.86	1.02	.59	.000		.35	.724												
pdR	113	85.85 81.57	9.55 8.22	.89 .77	4.02	8.15	.77	.58	.000		5.21	.000												
Puls	87	77.40 72.48	8.92 10.33	1.05 1.10	4.92	11.75	1.26	.32	.002		3.91	.000												
Cho-lest.	56	295.57 245.73	37.28 42.05	4.98 5.62	49.84	44.80	5.99	.37	.006		8.32	.000												
Trigl.	26	281,23 162.04	88.81 85.70	17.42 16.81	119.19	93.38	18.31	.43	.029		6.51	.000												
Harns.	29	8.01 7.00	.77 1.02	.14 .19	1.01	1.20	.22	.12	.530		4.54	.000												
γ-GT	26	50.69 34.77	19.53 16.73	3.83 3.28	15.92	12.93	2.53	.76	.000		6.28	.000												
BKS 1.St.	13	10.76 9.76	2.77 6.49	.77 1.80	1.00	6.16	1.71	.33	.271		.58	.569												
BKS 2.St.	13	26.76 25.38	3.63 13.45	1.01 3.73	1.38	12.03	3.34	.50	.078		.41	.686												
Anamn.-katamn. Variabl.																								
Häufigk. d.Krankm.													105	1.86 .23	1.37 .50	.13 .04	1.62	1.31	.12	.30	.002		12.67	.000
Dauer d.Krank-m.in Wo.													105	5.27 .71	5.42 2.93	.53 .28	4.55	5.50	.53	.26	.008		8.48	.000
Z.d.z. Erhol. gen.St./T.													102	2.06 2.16	1.35 1.26	.13 .12	- .09	1.72	.17	.13	.203		-.57	.568
Kaffee-bzw. Teekons./T.													105	2.01 2.14	2.09 1.57	.20 .15	-.12	1.91	.18	.48	.000		-.66	.509
Bier-kons./ Wo.													104	4.79 3.35	2.96 2.59	.29 .25	1.44	2.33	.22	.65	.000		6.29	.000
Wein-kons./ Wo.													104	.94 .68	1.50 .93	.14 .09	.26	1.64	.16	.16	.107		1.61	.110
Kons.hoch-proz. Getr./Wo.													104	.78 .44	1.45 .89	.14 .89	.34	1.48	.14	.28	.004		2.39	.019
Ziga-rett./ T.													31	19.19 14.29	13.59 8.47	2.44 1.52	4.90	15.08	2.70	.13	.500		1.81	.080
Schlaf-tbl.													105	.53 .24	1.17 .81	.11 .07	.28	1.11	.11	.41	.000		2.60	.011

Fortsetzung Tabelle 43:

	N	MT1 MT3	sT1 sT3	s_eT1 s_eT3	M Diff	s Diff	s_e Diff	rT1- T3	p r (2s)	t Diff	p (2s)
Beruh.-tbl.	105	1.19 .67	1.72 1.34	.16 .13	.51	1.55	.15	.51	.000	3.38	.001
Schmerz-tbl.	105	1.21 .99	1.40 1.31	.14 .13	.22	1.30	.12	.54	.000	1.81	.075
Auf-putsch-tbl.	104	.05 .04	.43 .29	.04 .02	.01	.35	.03	.59	.000	.28	.783
Ab-führ-tbl.	104	.41 .21	.95 .85	.09 .08	.17	1.13	.11	.21	.031	1.55	.123
Sonst. Me-dik.	103	1.61 1.02	1.80 1.60	.17 .15	.58	1.87	.18	.40	.000	3.16	.002

Tab. 44: t-Test für abhängige Stichproben zur Prüfung des Mittelwertunterschiedes in den metrischen Variablen der Stichprobe der weiblichen LVA-Kurpatienten zwischen Kuranfang (T1) und Kurende (T2 ; bei den mediz. Variabl. Cholesterin, Triglyceride, Harnsäure, γ-GT und BKS entspricht "T2" einem gegen Ende der ersten Kurhälfte angesetzten Nachprüfungstermin für Patienten mit erhöhten Werten an T1) sowie zwischen T1 und Halbjahreskatamnese (T3). Darstellung von Stichprobenumfang (N) Mittelwert (M), Standardabweichung (s), Standardfehler (s_e) für Variablen und Differenzen (Diff) zwischen T1 und T2, T1 und T3, Korrelationen (Stabilitätskoeffizienten) zwischen den Variablenausprägungen an jeweils zwei Terminen (r), p-Wert für r(p r, zweiseitig), t-Wert für Differenz (t Diff), p-Wert für Differenz (p). Beschränkung der Kennwerte auf jeweils an zwei Terminen vorliegendes N. Anordnung T1-T2 links, T1 - T3 rechts (Werte pro Termin jeweils untereinander).

	N	MT1 MT2	sT1 sT2	s_eT1 s_eT2	M Diff	s Diff	s_e Diff	rT1-T2	p r (2s)	t Diff	p (2s)	N	MT1 MT3	sT1 sT3	s_eT1 s_eT3	M Diff	s Diff	s_e Diff	rT1-rT3	p (2s)	t Diff	p (2s)
Psychol. Fragebogen																						
KKB																						
KKB1 Seel. psychosoz. Probl. Ps-Th.	43	16.14 16.81	5.76 6.19	.88 .94	-.67	3.44	.52	.84	.000	-1.28	.207	31	16.87 16.93	5.83 5.56	1.05 1.00	-.06	4.64	.83	.67	.000	-.08	.939
KKB2 Streß und Schon.	43	12.65 10.91	1.84 2.46	.28 .37	1.74	2.41	.36	.40	.008	4.74	.000	31	12.74 10.10	1.73 2.26	.31 .40	2.64	2.45	.44	.27	.154	5.99	.000
KKB3 Körperleid. u. Org.-Med.	42	10.86 9.45	2.71 3.36	.42 .52	1.40	3.93	.60	.17	.272	2.31	.026	31	10.39 10.10	2.51 3.75	.45 .67	.29	3.89	.70	.28	.129	.42	.681
KKB4 Bel. unbefr. Arb.-Sit., H. z. Zufr.	43	5.95 5.46	2.10 1.91	.32 .29	.49	2.42	.37	.28	.072	1.32	.194	31	5.61 5.48	1.87 1.80	.33 .32	.13	2.36	.42	.17	.345	.30	.763
HG																						
HG1 Mißtr. geg. Ärzte u. Therap.	42	4.12 4.21	1.43 1.26	.22 .19	-.09	1.12	.17	.66	.000	-.55	.585	30	4.00 4.70	2.46 2.31	.26 .42	-.70	2.32	.42	.31	.099	-1.65	.109
HG 2 Risikovermeid.	43	3.30 3.25	.74 .58	.11 .09	.05	.43	.06	.81	.000	.70	.486	31	3.26 3.68	.77 1.85	.13 .33	-.42	1.94	.34	.08	.656	-1.20	.239
HG 3 Beacht. v. Krankh. anz.	43	4.28 4.49	1.35 1.12	.20 .17	-.21	1.33	.20	.48	.004	-1.03	.311	31	4.16 4.29	1.37 1.04	.24 .18	-.13	1.41	.25	.34	.060	-.51	.614
HG 4 Mißtr. geg. eig. Körp.	43	4.39 4.88	1.25 1.00	.19 .15	-.49	1.03	.15	.60	.000	-3.10	.003	31	4.13 4.39	1.20 1.38	.21 .24	-.26	1.59	.28	.25	.176	-.90	.374
FPI																						
FPI2 Aggr.	46	2.61 2.58	1.72 1.71	.31 .34	.03	1.60	.29	.56	.001	.11	.911	31	2.69 3.15	1.58 2.01	.23 .29	-.45	1.76	.26	.54	.000	-1.76	.085
FPI9 Offen.	46	7.77 7.81	2.32 2.51	.42 .45	-.03	2.07	.37	.63	.000	-.09	.932	31	7.59 7.83	2.50 2.46	.37 .36	-.24	2.13	.31	.63	.000	-.76	.451
FPIE Extrav.	46	4.84 4.93	2.50 2.79	.45 .50	-.10	2.09	.37	.69	.000	-.26	.798	31	4.76 4.85	2.52 2.65	.37 .39	-.09	1.93	.28	.72	.000	-.31	.761
FPIN Em. Lab.	46	7.06 7.26	3.09 2.69	.55 .48	-.19	2.61	.46	.60	.000	-.41	.683	31	7.02 6.63	2.89 2.92	.42 .43	.39	2.27	.33	.69	.000	1.17	.250

	N	MT1 MT2	sT1 sT2	s_eT1 s_eT2	M Diff	s Diff	s_e Diff	rT1- T2	p (2s)	t Diff	p (2s)	N	MT1 MT3	sT1 sT3	s_eT1 s_eT3	M Diff	s Diff	s_e Diff	rT1- T3	p (2s)	t Diff	p (2s)
BPI																						
BPI1		13.54	6.39	.94																		
Geh.	46				1.54	3.49	.51	.88	.000	3.00	.004											
		12.00	7.26	1.07																		
BPI2		11.33	5.38	.79																		
Err.	46				1.22	4.30	.63	.69	.000	1.92	.061											
		10.15	5.61	..83																		
BPI3		11.50	3.86	.57																		
Nerv.	46				1.24	3.01	.44	.73	.000	2.79	.006											
		10.26	4.24	.62																		
BPI4		8.50	3.90	.57																		
Depr.	46				.83	2.02	.29	.88	.000	2.77	.008											
		7.67	4.19	.62																		
BPI5		4.09	3.12	.46																		
Int.	46				1.13	2.00	.29	.78	.000	3.82	.000											
		2.95	2.86	.42																		
BPI6		2.22	1.60	.24																		
Lüg.	46				-.28	1.32	.19	.65	.000	-1.44	.156											
		2.50	1.56	.23																		
FBL																						
FBL1		30.54	5.59	.84									31.13	4.47	.80							
Allg.	44				7.23	5.93	.89	.58	.000	8.08	.000	31				5.80	6.59	1.18	.39	.029	4.91	.000
		23.32	7.07	1.06									25.32	6.91	1.24							
SES																						
SES1		6.14	1.95	.29									6.09	1.89	.33							
Geh.	44				-1.34	2.47	.37	.40	.006	-3.59	.001	32				-.09	2.29	.40	.08	.679	-.23	.818
St.		7.48	2.51	.38									6.19	1.45	.25							
SES2		3.77	1.71	.26									3.69	1.67	.29							
Miß-	44				-.61	2.42	.36	.05	.739	-1.68	.100	32				-1.66	2.23	.39	.15	.420	-4.19	.000
st.		4.39	1.81	.27									5.34	1.75	.31							
SES3		6.14	2.08	.32									6.17	2.03	.37							
Akt.	42				-1.07	2.05	.31	.54	.000	-3.38	.002	30				-1.07	2.67	.48	.21	.261	-2.18	.037
		7.21	2.21	.34									7.23	2.22	.40							
SES4		4.24	1.78	.27									4.12	1.73	.30							
Gedr.	45				-.44	1.75	.26	.45	.002	-1.70	.096	32				-.93	2.63	.46	.12	.500	-2.01	.053
St.		4.69	1.53	.23									5.06	2.21	.39							
SES5		4.55	1.73	.27									4.40	1.47	.27							
Trägh.	42				-.55	1.79	.27	.57	.000	-1.97	.055	30				-.17	2.23	.40	-.06	.770	-.41	.685
		5.09	1.91	.29									4.57	1.59	.29							
SES6		7.00	2.17	.34									6.90	2.04	.37							
Müd.	42				1.21	2.64	.40	.21	.182	2.97	.005	30				.07	2.95	.54	.08	.660	.12	.903
		5.78	2.03	.31									6.83	2.32	.42							
SES7		6.20	2.07	.31									5.91	2.36	.41							
Ausg.	44				-.54	2.42	.36	.35	.018	-1.49	.143	32				-.84	2.31	.40	.39	.026	-2.06	.048
St.		6.75	2.19	.33									6.75	1.74	.30							
BFB																						
BFB1Bel.		10.16	4.45	.67									10.57	4.48	.81							
i.Z.m.	43				-.33	3.40	.52	.74	.000	-.63	.534	30				-1.00	2.37	.43	.90	.000	-2.30	.029
Ehe		10.49	4.87	.74									11.57	5.34	.97							
BFB2		13.31	3.81	.58									12.97	3.77	.68							
Überford.	42				-1.07	3.35	.51	.62	.000	-2.07	.045	30				-.10	4.29	.78	.26	.157	-.13	.899
Arb.		14.38	3.90	.60									13.07	3.27	.59							
BFB3 Un-		11.19	3.59	.54									11.17	3.54	.64							
zufr.Arb.,	43				.42	2.35	.35	.78	.000	1.17	.250	30				-.03	3.73	.68	.44	.014	-.05	.961
Koll., Bez.		10.76	3.78	.57									11.20	3.55	.64							
BFB4		5.48	2.36	.42									5.90	2.44	.54							
Bel.i.	31				-.39	1.74	.31	.69	.000	-1.24	.226	20				-.35	2.54	.56	.37	.106	-.62	.545
Z.m.Ki.		5.87	2.00	.35									6.25	2.04	.45							

Fortsetzung Tabelle 44:

Mediz. Variabl.	N	MT1 MT2	sT1 sT2	s_eT1 s_eT2	M Diff	s Diff	s_e Diff	rT1-T2	p r (2s)	t Diff	p (2s)	N	MT1 MT3	sT1 sT3	s_eT1 s_eT3	M Diff	s Diff	s_e Diff	rT1-T3	p r (2s)	t Diff	p (2s)
Kör-per-gew.	49	62.39 61.61	10.03 9.25	1.43 1.30	.77	1.64	.23	.99	.000	3.29	.002	32	62.03 61.21	10.53 8.53	1.86 1.50	1.40	4.39	.77	.91	.000	1.81	.080
psR	30	129.16 123.80	15.81 10.46	2.88 1.91	5.36	13.45	2.45	.54	.002	2.19	.037											
pdR	30	81.83 82.67	13.35 7.27	2.43 1.32	-.83	13.77	2.51	.21	.256	-.33	.743											
Puls	29	82.00 79.86	7.74 7.46	1.43 1.38	2.14	6.82	1.26	.60	.001	1.69	.103											
Cho-lest.	13	302.61 257.61	26.21 45.68	7.27 12.67	45.00	36.06	10.00	.61	.025	4.50	.001											
Trigl.	4	244.25 113.00	32.67 61.59	16.33 30.79	133.25	85.68	42.84	-.62	.384	3.06	.055											
Harns.	6	6.55 1.88	.90 .76	.37	1.15	1.71	.69	.41	.409	1.65	.161											
γ-GT	4	50.25 25.25	21.68 12.63	10.84 6.31	25.00	14.44	7.22	.77	.231	3.46	.041											
BKS 1.St.	12	23.25 15.00	14.07 11.51	4.06 3.32	8.25	13.02	3.76	.48	.100	2.19	.051											
BKS 2.St.	12	45.17 35.67	18.11 19.47	5.22 5.62	9.50	16.27	4.69	.63	.029	2.02	.068											
Anamn.-Katamn. Variabl.																						
Häufigk. d.Krankm.												33	1.85 .36	1.32 .65	.23 .11	1.49	1.27	.22	.32	.071	6.68	.000
Dauer d.Krankm. in Wo.												33	7.45 1.45	7.94 3.52	1.38 .61	6.00	8.66	1.50	.01	.965	3.98	.000
Z.d.z. Erhol. gen.St./T.												33	1.48 1.73	1.32 1.12	.23 .19	-.24	1.65	.29	.09	.613	-.84	.407
Kaffee- bzw.Tee-kons./T.												33	2.06 2.52	1.73 1.46	.30 .25	-.46	1.62	.28	.49	.003	-1.61	.117
Bier-kons./ Wo.												33	1.48 .72	2.30 1.00	.40 .17	.76	1.98	.34	.51	.002	2.19	.036
Wein-kons./ Wo.												31	.81 .74	1.37 .93	.24 .16	.06	1.38	.24	.32	.075	.26	.798
Kons.hoch-proz. Getr./Wo.												33	.42 .27	1.09 .62	.19 .11	.15	.97	.16	.47	.006	.90	.377
Ziga-rett./ T.												7	11.57 10.85	6.26 5.17	2.37 1.95	.71	5.76	2.18	.51	.246	.33	.754

Fortsetzung Tabelle 44:

	N	MT1 MT3	sT1 sT3	s_eT1 s_eT3	M Diff	s Diff	s_e Diff	rT1-T3	p r (2s)	t Diff	p (2s)
Schlaf-tbl.	33	.88 .21	1.40 .69	.24 .12	.67	1.29	.22	.41	.018	2.97	.006
Beruh.-tbl.	33	1.79 1.67	1.91 1.81	.33 .31	.12	2.20	.38	.30	.087	.32	.754
Schmerz-tbl.	33	1.54 1.33	1.32 1.49	.23 .26	.21	1.94	.33	.05	.793	.63	.536
Auf-putsch-tbl.	32	.03 .31	.17 1.03	.03 .18	-.28	.92	.16	.65	.000	-1.72	.095
Ab-führ-tbl.	33	1.09 .85	1.44 1.48	.25 .25	.24	1.54	.26	.45	.009	.90	.373
Sonst-Medik.	32	1.81 1.50	1.94 1.81	.34 .32	.31	2.59	.45	.05	.803	.68	.501

Tab. 45: t-Test für abhängige Stichproben zur Prüfung des Mittelwertunterschiedes in den metrischen psychologischen Variablen der gesamten Vergleichsgruppe unbehandelter Personen (im Vergleich zur Stichprobe der behandelten LVA-Kurpatienten) zwischen den dem Kuranfang und Kurende vergleichbaren Terminen 1 und 2 (T1, T2). Darstellung von Stichprobenumfang (N), Mittelwert (M), Standardabweichung (s), Standardfehler (s_e) für Variablen und Differenzen (Diff) zwischen T1 und T2, Korrelationen (Stabilitätskoeffizienten) zwischen den Variablenausprägungen an T1 und T2 (r), p-Wert für r (p r, zweiseitig), t-Wert für Differenz (t Diff), p-Wert für Differenz (p). Beschränkung der Kennwerte auf jeweils an T1 und T2 vorliegendes N

	N	MT1 MT2	sT1 sT2	s_eT1 s_eT2	M Diff	s Diff	s_e Diff	rT1-T2	p r (2s)	t Diff	p (2s)
Psychol. Fragebog.											
HG											
HG1 Mißtr. geg. Ärzte u. Therap.	77	4.40 4.35	1.30 1.33	.14 .15	.05	.79	.09	.82	.000	.57	.567
HG2 Risiko-vermeid.	77	4.06 4.03	.99 .98	.11 .11	.03	.51	.05	.86	.000	.44	.658
HG3 Beacht. v. Krankh. anz.	77	4.95 4.92	2.08 1.07	.12 .12	.03	.94	.10	.62	.000	.24	.810
HG4 Mißtr. geg. eig. Körp.	77	5.57 5.53	.75 .82	.08 .09	.04	.54	.06	.76	.000	.62	.535
FPI											
FPI2 Aggr.	80	3.06 3.54	2.30 2.42	.25 .27	-.47	1.72	.19	.73	.000	-2.46	.016
FPI9 Offen.	80	9.40 9.49	2.32 2.42	.26 .27	-.09	1.44	.16	.82	.000	-.54	.589
FPIE Extrav.	80	5.39 5.50	2.63 2.58	.29 .28	-.11	1.49	.16	.84	.000	-.67	.502
FPIN Em. Lab.	80	5.55 5.46	3.10 3.38	.34 .37	.09	1.93	.21	.83	.000	.41	.686
FBL											
FBL1 Allg.	78	19.28 19.26	8.03 8.11	.89 .91	-.02	.39	.19	.82	.000	-.46	.644
SES											
SES1 Geh. St.	77	6.39 6.95	1.94 2.21	.22 .25	-.56	1.67	.19	.68	.000	-2.93	.005
SES2 Miß-st.	76	4.96 4.83	1.71 1.67	.19 .19	.13	1.80	.20	.43	.000	.64	.527
SES3 Akt.	76	8.01 8.24	2.10 1.97	.24 .22	-.23	2.22	.25	.40	.000	-.88	.384
SES4 Gedr. St.	75	4.22 4.24	1.69 1.70	.19 .19	-.02	1.61	.18	.56	.000	-.07	.943
SES5 Trägh.	76	4.17 4.24	1.37 1.40	.15 .16	-.07	1.65	.18	.29	.011	-.35	.729
SES6 Müd.	77	6.23 6.04	2.19 2.44	.25 .27	.19	2.27	.25	.52	.000	.75	.454

Fortsetzung Tabelle 45:

	N	MT1 MT2	sT1 sT2	s_eT1 s_eT2	M Diff	s Diff	s_e Diff	rT1- T2	p r (2s)	t Diff	p (2s)
SES7		7.13	1.81	.21							
Ausg.	75				-.60	1.88	.21	.50	.000	-2.75	.007
St.		7.73	1.92	.22							
BFB											
BFB1		10.70	3.95	.49							
Bel. i. Z.	63				-.17	2.72	.34	.76	.000	-.51	.612
m. Ehe		10.87	3.88	.49							
BFB2		11.52	3.67	.40							
Überford.	68				.04	2.45	.27	.77	.000	.14	.890
Arb.		11.48	3.70	.41							
BFB3		7.86	2.77	.30							
Unzufr. Arb.,	79				-.30	1.74	.19	.78	.000	-1.55	.125
Koll., Bez.		8.16	2.60	.29							
BFB4		5.83	2.01	.25							
Bel. i. Z.	61				.13	1.37	.17	.76	.000	.75	.458
m. Ki.		5.70	1.91	.24							

Tab. 46: t-Test für abhängige Stichproben zur Prüfung des Mittelwertunterschiedes in den metrischen psychologischen Variablen der Männer aus der Vergleichsgruppe unbehandelter Personen (im Vergleich zur Stichprobe der behandelten LVA-Kurpatienten) zwischen den dem Kuranfang und Kurende vergleichbaren Terminen 1 und 2 (T1, T2). Darstellung von Stichprobenumfang (N), Mittelwert (M), Standardabweichung (s), Standardfehler (s_e) für Variablen und Differenzen (Diff) zwischen T1 und T2, Korrelationen (Stabilitätskoeffizienten) zwischen den Variablenausprägungen an T1 und T2 (r), p-Wert für r(p r, zweiseitig), t-Wert für Differenz (t Diff), p-Wert für Differenz (p). Beschränkung der Kennwerte auf jeweils an T1 und T2 vorliegendes N

	N	MT1 MT2	sT1 sT2	s_eT1 s_eT2	M Diff	s Diff	s_e Diff	rT1- T2	p r (2s)	t Diff	p (2s)
Psychol. Fragebog.											
HG											
HG1 Mißtr.		4.28	1.00	.36							
geg. Ärzte	43				.09	.47	.07	.88	.000	1.27	.210
u. Therap.		4.18	.98	.38							
HG2		4.23	1.26	.35							
Risiko-	43				-.02	.91	.13	.74	.000	-.17	.868
vermeid.		4.25	1.29	.33							
HG3		5.63	.65	.39							
Beacht. v.	43				.09	.47	.07	.80	.000	1.27	.210
Krankh. anz.		5.53	.79	.36							
HG4		4.88	1.09	.44							
Mißtr. geg.	43				.07	1.00	.15	.54	.000	.45	.653
eig. Körp.		4.81	1.00	.49							
FPI											
FPI2		3.33	2.44	.99							
Aggr.	45				-.40	1.69	.25	.77	.000	-1.58	.121
		3.73	2.55	1.10							
FPI9		9.71	2.38	.15							
Offen.	45				-.24	1.30	.19	.84	.000	-1.26	.214
		9.95	2.27	.15							
FPIE		5.69	2.63	.19							
Extrav.	45				-.29	1.29	.19	.87	.000	-1.50	.140
		5.98	2.43	.19							
FPIN		5.26	2.99	.10							
Em. Lab.	45				.31	1.96	.29	.81	.000	1.06	.294
		4.95	3.33	.12							

Fortsetzung Tabelle 46:

	N	MT1 MT2	sT1 sT2	s_eT1 s_eT2	M Diff	s Diff	s_e Diff	rT1- T2	p r (2s)	t Diff	p (2s)
FBL											
FBL1 Allg.	43	30.95 30.49	6.55 7.21	.16 .15	.46	4.60	.70	.78	.000	.66	.511
SES											
SES1 Geh. St.	43	6.39 7.02	2.07 2.34	.31 .35	-.63	1.95	.29	.61	.000	-2.11	.041
SES2 Miß-st.	42	5.00 4.74	1.88 1.65	.29 .25	.26	1.82	.28	.48	.001	.93	.357
SES3 Akt.	42	8.00 8.36	2.15 1.98	.33 .30	-.35	2.10	.32	.48	.001	-1.10	.278
SES4 Gedr. St.	41	3.92 3.95	1.42 1.44	.22 .22	-.02	1.62	.25	.36	.020	-.10	.924
SES5 Trägh.	42	4.40 4.23	1.41 1.47	.21 .22	.16	1.78	.27	.24	.119	.61	.547
SES6 Müd.	43	6.32 6.21	2.15 2.50	.32 .38	.11	2.41	.36	.47	.001	.32	.754
SES7 Ausg. St.	41	7.41 7.85	1.81 1.78	.28 .27	-.44	1.92	.30	.42	.005	-1.46	.152
BFB											
BFB1 Bel. i. Z. m. Ehe	39	10.64 10.36	3.36 3.10	.53 .49	.28	3.06	.49	.55	.000	.57	.569
BFB2 Überford. Arb.	44	12.02 11.72	3.44 3.24	.52 .48	.29	2.34	.35	.75	.000	.83	.409
BFB3 Unzufr. Arb. Koll., Bez.	44	8.40 8.43	2.52 2.39	.38 .36	-.02	1.77	.26	.74	.000	-.09	.933
BFB4 Bel. i. Z. m. Ki.	35	5.77 5.88	1.75 1.81	.29 .30	-.11	1.25	.21	.75	.000	-.54	.594

Tab. 47: t-Test für abhängige Stichproben zur Prüfung des Mittelwertunterschiedes in den metrischen psychologischen Variablen der Frauen aus der Vergleichsgruppe unbehandelter Personen (im Vergleich zur Stichprobe der behandelten LVA-Kurpatienten) zwischen den dem Kuranfang und Kurende vergleichbaren Terminen 1 und 2 (T1, T2). Darstellung von Stichprobenumfang (N), Mittelwert (M), Standardabweichung (s), Standardfehler (s_e) für Variablen und Differenzen (Diff) zwischen T1 und T2, Korrelationen (Stabilitätskoeffizienten) zwischen den Variablenausprägungen an T1 und T2 (r), p-Wert für r (p r, zweiseitig), t-Wert für Differenz (t Diff), p-Wert für Differenz (p). Beschränkung der Kennwerte auf jeweils an T1 und T2 vorliegendes N

	N	MT1 MT2	sT1 sT2	s_eT1 s_eT2	M Diff	s Diff	s_e Diff	rT1- rT2	p r (2s)	t Diff	p (2s)
Psychol. Fragebog.											
HG											
HG1 Mißtr. geg. Ärzte und Therap.	34	3.79 3.85	.91 .95	.15 .16	-.06	.54	.09	.83	.000	-.63	.535
HG2 Risiko-vermeid.	34	4.62 4.47	1.32 1.39	.22 .24	.15	.61	.10	.90	.000	1.41	.169

Fortsetzung Tabelle 47:

	N	MT1 MT2	sT1 sT2	s_eT1 s_eT2	M Diff	s Diff	s_e Diff	rT1-p rT2	r (2s)	t Diff	p (2s)
HG3		5.50	.86	.14							
Beacht. v.	34				-.03	.62	.10	.73	.000	-.27	.786
Krankh. anz.		5.53	.86	.14							
HG4		5.02	1.08	.18							
Mißtr. geg.	34				-.03	.87	.14	.70	.000	-.20	.845
eig. Körp.		5.06	1.15	.19							
FPI											
FPI2		2.71	2.09	.35							
Aggr.	35				-.57	1.78	.30	.66	.000	-1.89	.067
		3.28	2.25	.38							
FPI9		9.00	2.22	.37							
Offen.	35				.11	1.60	.27	.77	.000	.42	.676
		8.88	2.51	.42							
FPIE		5.00	2.62	.44							
Extrav.	35				.11	1.71	.28	.79	.000	.40	.695
		4.88	2.66	.45							
FPIN		5.91	3.23	.54							
Em.	35				-.20	1.87	.31	.84	.000	-.63	.532
Lab.		6.11	3.38	.57							
FBL											
FBL1		26.68	7.85	1.32							
Allg.	35				-1.08	4.03	.68	.86	.000	-1.59	.120
		27.77	7.39	1.25							
SES											
SES1		6.38	1.79	.30							
Geh.	34				-.47	1.26	.21	.79	.000	-2.18	.037
St.		6.85	2.07	.35							
SES2		4.91	1.50	.25							
Miß-	34				-.03	1.80	.30	.38	.025	-.10	.925
st.		4.94	1.72	.29							
SES3		8.03	2.08	.35							
Akt.	34				-.04	2.38	.40	.31	.075	-.14	.887
		8.09	1.97	.33							
SES4		4.59	1.94	.33							
Gedr.	34				.00	1.63	.28	.64	.000	.00	1.000
St.		4.59	1.94	.33							
SES5		3.88	1.27	.21							
Trägh.	34				-.35	1.45	.24	.38	.029	-1.42	.166
		4.23	1.32	.22							
SES6		6.12	2.26	.38							
Müd.	34				.30	2.11	.36	.59	.000	.81	.422
		5.82	2.39	.41							
SES7		6.79	1.78	.30							
Ausg.	34				-.79	1.85	.31	.55	.001	-2.50	.018
		7.58	2.09	.35							
BFB											
BFB1		10.79	4.83	.98							
Bel. i. Z.	24				-.92	1.86	.38	.92	.000	-2.41	.024
m. Ehe		11.71	4.85	.99							
BFB2		10.88	3.67	.63							
Überford.	34				-.29	2.57	.44	.79	.000	-.67	.510
Arb.		11.17	4.25	.72							
BFB3		7.17	2.73	.46							
Unzufr. Arb.,	35				-.65	1.56	.28	.82	.000	2.34	.025
Koll., Bez.		7.83	2.84	.48							
BFB4		5.92	2.36	.46							
Bel. i.	26				.46	1.47	.28	.78	.000	1.59	123
Z. m. Ehe		5.46	2.06	.40							

Tab. 48: Antwortverteilungen und Gruppenunterschiede (Chi-Quadrat) in ausgewählten Variablen des Anamnestischen Erhebungsbogens und des Psychologischen Interviews bei den Gruppeneinteilungsfaktoren 1. der Zugehörigkeit zur Stichprobe der zusätzlich psychologisch behandelten LVA-Kurpatienten (P) zur Stichprobe der nicht zusätzlich psychologisch behandelten parallelisierten LVA-Kurpatienten (PP), 2. der Zugehörigkeit zur vorherrschenden Behandlungsmethode (überwiegend klientzentrierte bzw. gesprächstherapeutische Behandlung -GT-, kombinierte Behandlung - Komb-, überwiegend verhaltenstherapeutische Behandlung -VT-). Pro Variable Darstellung der absoluten und relativen Häufigkeiten sowie der p-Werte zum Chi-Quadrat, bzw. FISHERs exaktem Test; dann "(F)"

Nr.	Variable	Skalen/ Polung	Aufteilung zwischen LVA-Kurpatienten mit zusätzlicher psychologischer Behandlung (P) und parallelisierten LVA-Kurpatienten ohne zusätzliche psychologische Behandlung (PP)					Aufteilung nach der vorherrschenden Behandlungsmethode der überwiegenden gesprächstherapeutischen (GT), kombinierten (Komb) und verhaltenstherapeutischen (VT) Methode für die Gruppe der zusätzlich psychologisch behandelten LVA-Kurpatienten						
Anamnestischer Erhebungsbogen, Kuranfang T1			absolute Häufigkeiten		relative Häufigkeiten		Chi-Quadrat	absolute Häufigkeiten			relative Häufigkeiten			Chi-Quadrat
			P	PP	P	PP	p	GT	Komb	VT	GT	Komb	VT	p
2	Alt.-Gr.	1=30-40 Jahre	18	18	62.1	62.1	.789	10	4	4	55.8	57.1	80.0	.660
		2=41 50 Jahre	11	11	37.9	37.9		7	3	1	41.2	42.9	20.0	
3	Geschl.	1=männl.	18	18	62.1	62.1	.789	9	7	2	52,9	100.0	40.0	.052
		2=weibl.	11	11	37.9	37.9		8	0	3	47.1	.0	60.0	
4	Wohno.	1=Dorf	10	18	35.7	62.1	.093	6	3	1	37.5	42.9	20.0	.562
		2=Kleinst.	10	8	35.7	27.6		4	3	3	25.0	42.9	60.0	
		3=Großst.	8	3	28.6	10.3		6	1	1	37.5	14.3	20.0	
5	Fam.-St	1=alleinst.	5	4	17.2	13.8	.896	3	0	2	17.7	.0	40.0	.474
		2=verheir.	24	25	82.8	86.2		14	7	3	82.3	100.0	60.0	
6	Ehep. ber.tät.	1=ja	11	17	47.8	68.0	.261	6	3	2	46.2	42.9	66.7	.774
		2=nein	12	8	52.2	32.0		7	4	1	53.8	57.1	33.3	
7	Z.d. Ki.	Anzahl 0	5	6	17.2	21.4	.396	3	0	2	17.6	.0	40.0	.443
		1	13	16	44.8	57.1		8	4	1	47.1	57.1	20.0	
		≥2	9	6	37.9	21.4		6	3	2	35.3	42.9	40.0	
8	Netto-verd.	1=bis DM 500	5	2	18.5	7.4	.268	3	0	2	20.0	.0	40.0	.191
		2= " " 1000	5	7	18.5	25.9		4	0	1	26.7	.0	20.0	
		3= " " 1500	8	14	29.6	51.9		3	3	2	20.0	42.9	40.0	
		4= " " 2000	7	3	25.9	11.1		3	4	0	20.0	57.1	.0	
		5= " " 3000	2	1	7.4	3.7		2	0	0	13.3	.0	.0	
9	Volks-sch.	1=mit Abschl.	25	27	86.2	93.1	.666	14	6	4	82.4	85.7	100.0	.602
		2=ohne "	4	2	13.8	6.9		3	1	0	17.6	14.3	.0	
15	Abg. Ber.Ausb.	1=ja	19	17	65.5	58.6	.768	11	5	3	64.7	71.4	60.0	.913
		2=nein	10	12	34.5	41.4		6	2	2	35.3	28.6	40.0	
16	Ber.-Tät.	1=Einf.Arb.	15	17	51.7	58.6	.737	9	3	3	52.9	42.9	60.0	.684
		2=Spez.-Facharb.	8	7	27.6	24.1		3	3	2	17.6	42.9	40.0	
		3=Berufl.Höherg.	4	4	13.6	13.6		3	1	0	17.6	14.3	.0	
		4=Hausfr.,o.Ber.	2	1	6.9	3.4		2	0	0	11.8	.0	.0	
18	Arb. z. schwer	1=ja	6	12	26.1	52.2	.130	5	1	0	35.7	20.0	.0	.336
		2=nein	17	11	73.9	47.8		9	4	4	64.3	80.0	100.0	
19	Arb.n. befried.	1=ja	12	11	50.0	50.0	.768	7	3	2	50.0	50.0	50.0	1.000
		2=nein	12	11	50.0	50.0		7	3	2	50.0	50.0	50.0	
20	nicht gen.verd.	1=ja	13	11	54.2	71.4	.377	5	6	2	35.7	100.0	50.0	.030
		2=nein	15	6	45.8	28.6		9	0	2	64.3	.0	50.0	
21	ent-lass.	1=ja	7	9	30.4	42.9	.588	2	4	1	15.4	66.7	25.0	.075
		2=nein	16	12	69.6	57.1		11	2	3	84.6	33.3	75.0	
22	Ber.Tät. v. Kur	1=ja	24	25	82.8	86.2	1.00	13	6	5	76.5	85.7	100.0	.459
		2=nein	5	4	17.2	13.8		4	1	0	23.5	14.3	.0	
23	Krankm. vor Kur	1=ja	1	1	50.0	33.3	.700	1	0	0				
		2=nein	1	2	50.0	66.7	(F)	1	0	0				
25	Arb.l. vor Kur	1=ja	2	3	66.7	75.0	.714	1	1	0				
		2=nein	1	1	33.3	25.0	(F)	1	0	0				
27	Ber.-Beanspr.	1=geist.	2	2	7.7	7.1	.719	2	0	0	14.3	.0	.0	.436
		2=körperl.	13	17	50.0	60.7		6	3	4	42.9	42.9	80.0	
		3=beides	11	9	42.3	32.1		6	4	1	42.9	57.1	20.0	
28	Ber. Körperh.	1=sitzend	9	11	32.1	39.3	.369	6	2	1	37.5	20.0	20.0	.397
		2=stehend	13	8	46.4	28.6		6	5	2	37.5	40.0	40.0	
		3=laufend	6	9	21.4	32.1		4	0	2	25.0	40.0	40.0	
29	Arb.-Zt.	1=std.weise	1	0	3.6	.0	.610	0	0	1	.0	.0	20.0	.174
		2=halbtags	2	1	7.1	3.7		1	0	1	6.3	.0	20.0	
		3=8St./T.	16	19	57.1	70.4		8	5	3	50.0	71.4	60.0	
		4=üb.8St./T.	9	7	32.1	25.9		7	2	0	43.8	28.6	.0	

Fortsetzung Tab. 48:

Nr.	Variable	Skalen/Polung	P	PP	% P	% PP	p	GT	Komb	VT	% GT	% Komb	% VT	p
30	Schicht	1=ja	4	3	14.8	10.3	.919	0	3	1	.0	42.9	20.0	.029
		2=nein	23	26	85.2	89.7		15	4	4	100.0	57.1	80.0	
31	Art d. Schicht	1=Frühsch.	2	0	40.0	.0	.237	1	0	1				
		2=Spätsch.	1	0	20.0	.0		0	1	0				
		3=Nachtsch.	0	0	.0	.0		0	0	0				
		4=Früh-u.Sp.Sch.	0	0	.0	.0		0	0	0				
		5=Früh-,Spät- u.Nachtsch.	2	3	40.0	100.0		0	2	0				
32	Körp. äuß.Bel.	1=ja	19	23	65.5	79.3	.378	10	5	4	58.8	71.4	80.0	.646
		2=nein	10	6	34.5	20.7		7	2	1	41.2	28.6	20.0	
33	Neb.- Tät.	1=ja	11	6	37.9	20.7	.249	5	3	3	29.4	42.9	60.0	.442
		2=nein	18	23	42.1	79.3		12	4	2	70.6	57.1	40.0	
34	Z.d. z.Erhol. gen. Url.- T.	An- zahl 0-7	10	9	35.8	31.0	.603	4	3	3	25.1	42.9	60.0	.358
		8-14	11	9	39.4	31.0		8	2	1	50.1	28.6	20.0	
		15-21	1	3	3.6	10.3		1	0	0	6.3	.0	.0	
		22-28	3	5	10.7	20.6		1	1	1	6.3	14.3	20.0	
		29-35	2	2	7.1	6.9		1	1	0	6.3	14.3	.0	
		36-42	1	0	3.6	.0		1	0	0	6.3	.0	.0	
35	Abs. Rent.- Antr.	1=ja	1	0	3.4	.0	.601	0	0	1	.0	.0	20.0	.021
		2=nein	26	27	89.7	93.1		17	5	4	100.0	71.4	80.0	
		3=unentsch.	2	2	6.9	6.9		0	2	0	.0	28.6	.0	
36	Häufigk. d.Krank- m.1.2 J.	An- zahl 0	5	3	17.2	10.3	.818	4	0	1	23.5	.0	20.0	.167
		1	8	8	27.6	27.6		2	4	2	11.8	57.1	40.0	
		2	9	10	31.0	34.5		8	1	0	47.1	14.3	.0	
		3	4	4	13.8	13.8		1	1	2	5.9	14.3	40.0	
		4	2	4	6.9	13.8		1	1	0	5.9	14.3	.0	
		5	1	0	3.4	.0		1	0	0	5.9	.0	.0	
37	Dauer d. Krank- m.1.2 J.	An- zahl Wo- chen 0-3	13	10	44.8	34.3	.115	7	3	3	41.2	42.9	60.0	.607
		4-7	7	15	24.1	51.7		5	1	1	29.4	14.3	20.0	
		8-11	4	3	13.7	6.9		2	2	0	11.8	28.6	.0	
		12-15	4	1	13.7	3.4		2	1	1	11.8	14.3	20.0	
		16-50	1	1	3.4	3.4		1	0	0	5.9	.0	.0	
38	Volkssch. Vater	1=mit Abschl.	27	25	93.1	86.2	.666	16	6	5	94.1	85.7	100.0	.601
		2=o. Abschl.	2	4	6.9	13.8		1	1	0	5.9	14.3	.0	
44	Abg. Ber.Ausb. Vater	1=ja	16	17	55.2	58.6	1.000	10	4	2	58.8	57.1	40.0	.753
		2=nein	13	12	44.8	41.4		7	3	3	41.2	42.9	60.0	
45	Z.d. Ge- schw.	An- zahl 0	6	5	20.7	17.2	.098	4	1	1	23.5	14.3	20.0	.541
		1	10	3	34.5	10.3		6	1	3	35.3	14.3	60.0	
		2	1	6	3.4	20.7		0	0	1	.0	.0	20.0	
		3	3	3	10.3	10.3		2	1	0	11.8	14.3	.0	
		4	3	4	10.3	13.8		2	1	0	11.8	14.3	.0	
		5	3	2	10.3	6.9		1	2	0	5.9	28.6	.0	
		6	1	5	3.4	17.2		1	0	0	5.9	.0	.0	
		7	0	1	.0	3.4		0	0	0	.0	.0	.0	
		8	2	0	6.9	.0		1	1	0	5.9	14.3	.0	
46	Aufgew. Fam.	1=ja	26	28	89.7	96.6	.604	17	6	3	100.0	85.7	60.0	.033
		2=nein	3	1	10.3	13.4		0	1	2	.0	14.3	40.0	
47	Aufgew. o.Vat.	1=ja	9	5	32.1	17.9	.354	4	2	3	25.0	28.6	60.0	.334
		2=nein	19	23	67.9	82.1		12	5	2	75.0	71.4	40.0	
48	Aufgew. o.Mutt.	1=ja	5	1	17.2	3.4	.196	1	2	2	5.9	28.6	40.0	.137
		2=nein	24	28	82.8	96.6		16	5	3	94.1	71.4	60.0	
49	Unehel.	1=ja	2	0	6.9	.0	.487	0	1	1	.0	14.3	80.0	.203
		2=nein	27	28	93.1	100.0		17	6	4	100.0	85.7	20.0	
50	Aufgew. o.Elt.	1=ja	3	0	10.7	.0	.223	0	1	2	.0	16.7	40.0	.034
		2=nein	25	29	89.3	100.0		17	5	3	100.0	83.7	60.0	
51	Aufgew. b.Verw.	1=ja	5	2	17.2	6.9	.420	1	2	2	5.9	28.6	40.0	.137
		2=nein	24	27	82.8	93.1		16	5	3	94.1	71.4	60.0	
52	Aufgew. Heim	1=ja	3	0	10.3	.0	.236	1	1	1	5.9	14.3	20.0	.611
		2=nein	26	29	89.7	100.0		16	6	4	94.1	85.7	80.0	
53	Wohno. aufgew.	1=Dorf	17	23	60.7	79.3	.307	11	3	3	64.7	42.9	75.0	.786
		2=Kleinst.	9	5	32.1	17.2		5	3	1	29.4	42.9	25.0	
		3=Großst.	2	1	7.1	3.4		1	1	0	5.9	14.3	.0	
54	St. Erhol./ T.	An- zahl/ T. 0	6	9	20.7	32.1	.418	4	0	2	23.5	.0	40.0	.523
		1	6	4	20.7	14.3		4	2	0	23.5	28.6	.0	
		2	6	9	20.7	32.1		2	2	2	11.8	28.6	40.0	
		3	6	4	20.7	14.1		4	2	0	23.5	28.6	.0	
		4	2	2	6.9	7.1		2	0	0	11.8	.0	.0	
		5	3	0	10.3	.0		1	1	1	5.9	14.3	20.0	

Fortsetzung Tab. 48:

Nr.	Variable	Skalen/Polung		P	PP	P	PP	p	GT	Komb	VT	GT	Komb	VT	p
55	Überwieg. Freiz.-Gest.	1= überw.d. körperl.		18	14	64.3	48.3	.342	10	5	3	62.5	71.4	60.0	.896
		2= überw.d. sonst.Bet.		10	15	35.7	51.7		6	2	2	37.5	28.6	40.0	
56	Erhol. Gef.n. Wochene.	1=ja		14	11	48.3	37.9	.596	7	4	3	41.2	57.1	60.0	.657
		2=nein		15	18	51.7	62.1		10	3	2	58.8	42.9	40.0	
57	Erhol. Gef.n. Url.	1= ja		20	18	69.0	62.1	.782	12	5	3	70.6	71.4	60.0	.892
		2=nein		9	11	31.0	37.9		5	2	2	29.4	28.6	40.0	
59	Morg. ausgeschl.	1= ja		13	10	44.8	34.5	.591	8	3	2	47.1	42.9	40.0	.954
		2=nein		16	19	55.2	65.5		9	4	3	52.9	57.1	60.0	
60	Schlafstör.	1=ja		17	19	58.6	65.5	.787	9	5	3	52.9	71.4	60.0	.703
		2=nein		12	10	41.4	34.5		8	2	2	47.1	28.6	40.0	
61	Warme Mahlz.	1=ja		26	28	89.7	96.6	.604	14	7	5	82.4	100.0	100.0	.307
		2=nein		3	1	10.3	3.4		3	0	0	17.6	.0	.0	
62	Kaffee- bzw. Teekons. /T.	Anzahl Tassen/T	0	6	6	20.7	20.7	.946	4	0	2	23.5	.0	40.0	.675
			1	7	6	24.1	20.7		2	4	1	11.8	57.1	20.0	
			2	9	10	31.0	34.5		6	2	1	35.3	28.6	20.0	
			3	1	1	3.4	3.4		1	0	0	5.9	.0	.0	
			4	4	2	13.8	6.9		0	0	0	.0	.0	.0	
			5	0	1	.0	3.4		2	1	1	11.8	14.3	20.0	
			6	1	1	3.4	3.4		1	0	0	5.9	.0	.0	
			7	0	1	.0	3.4		0	0	0	.0	.0	.0	
			≥8	1	1	3.4	3.4		1	0	0	5.9	.0	.0	
63	Bierkons./Wo.	Anzahl 1/Wo.	0	8	4	28.6	13.8	.883	5	0	3	29.4	.0	60.0	.314
			1	3	3	10.8	10.3		2	1	0	11.8	16.7	.0	
			2	2	3	7.1	10.3		1	1	0	5.9	16.7	.0	
			3	1	2	3.6	6.9		1	0	0	5.9	.0	.0	
			4	4	5	14.3	17.2		3	1	0	17.6	16.7	.0	
			5	1	2	3.6	6.9		0	0	1	.0	.0	20.0	
			6	3	2	10.7	6.9		1	2	0	5.9	33.3	.0	
			7	3	2	10.7	6.9		1	1	1	5.9	16.7	20.0	
			≥8	3	6	10.7	20.7		3	0	0	17.6	.0	.0	
64	Weinkons./Wo.	Anzahl 1/Wo.	0=0	17	11	58.6	37.9	.201	13	1	3	76.5	14.3	60.0	.030
			1=0,5	6	12	20.7	41.4		2	4	0	11.8	57.3	.0	
			2=1,0	4	4	13.8	13.8		1	2	1	5.9	28.6	20.0	
			3=1,5	0	2	.0	6.9		0	0	0	.0	.0	.0	
			4=2,0	1	0	3.4	.0		0	0	1	.0	.0	20.0	
			5=2,5	0	0	.0	.0		0	0	0	.0	.0	.0	
			6=3,0	0	0	.0	.0		0	0	0	.0	.0	.0	
			7=3,5	1	0	3.4	.0		1	0	0	5.9	.0	.0	
			8≥4,0	0	0	.0	.0		0	0	0	.0	.0	.0	
65	Kons. hochproz. Getr./Wo.	Anzahl Gl./Wo.	0=0	21	22	72.4	75.9	.679	14	3	4	82.4	42.9	80.0	.031
			1=2	5	3	17.2	10.3		3	1	1	17.6	14.3	20.0	
			3=4	3	3	10.3	10.3		0	0	0	.0	.0	.0	
			4≥6	0	1	.0	1.7		0	3	0	.0	42.9	.0	
66	Rauch.	1=ja		7	7	24.1	24.1	.737	5	2	0	29.4	28.6	.0	.560
		2=nicht mehr		5	3	17.2	10.3		2	2	1	11.8	28.6	20.0	
		3=noch nie		17	19	58.6	65.5		10	3	4	58.8	42.9	80.0	
67	J. Rauch.	Anzahl Jahre	1-4	1	1	14.3	14.3	.301	1	0		20.0	.0		.473
			5-8	0	0	.0	.0		0	0		.0	.0		
			9-12	0	1	.0	14.3		0	0		.0	.0		
			13-16	1	0	14.3	.0		1	0		20.0	.0		
			17-20	2	1	28.6	14.3		1	0		20.0	50.0		
			21-24	2	1	28.6	14.3		1	1		20.0	50.0		
			25-28	1	1	14.3	14.3		1	1		20.0	.0		
			29-36	0	2	.0	28.6		0	0		.0	.0		
68	Rauch. aufgeh.	Anzahl Jahre	1-4	2	1	40.0	33.3	.438	1	0		50.0	.0		.261
			5-8	2	0	40.0	.0		0	2		.0	100.0		
			9-12	1	1	20.0	33.3		0	0		.0	.0		
			13-16	0	1	.0	33.3		1	0		50.0	.0		
69	J. ger.	Anzahl Jahre	1-4	2	1	40.0	33.3	.438	1	1		50.0	50.0		.265
			5-8	0	1	.0	33.3		0	0		.0	.0		
			9-12	1	0	20.0	.0		0	0		.0	.0		
			13-16	0	0	.0	.0		1	0		50.0	.0		
			17-20	2	1	40.0	33.3		0	1		.0	50.0		

Fortsetzung Tab. 48:

Nr.	Variable	Skalen/Polung	P	PP	P	PP	p	GT	Komb	VT	GT	Komb	VT	p
70	Zigarett./T.	Stück/T. 1-10	7	1	58.3	10.0	.159	5	2	0	71.4	50.0	.0	.133
		11-20	4	6	33.3	60.0		2	2	0	28.6	50.0	.0	
		21-30	0	2	.0	20.0		0	0	0	.0	.0	.0	
		31-40	1	0	8.3	.0		0	0	1	.0	.0	100.0	
		41-50	0	1	.0	10.0		0	0	0	.0	.0	.0	
74	Schlaftbl. i.l.J.	0=nie	24	18	82.8	62.1	.449	14	5	5	82.4	71.4	100.0	.571
		1=etwa 2/Jahr	1	3	3.4	10.3		0	1	0	.0	14.3	.0	
		2=etwa 2/Mo.	0	1	.0	3.4		0	0	0	.0	.0	.0	
		3=etwa 2/Wo.	1	2	3.4	6.9		1	0	0	5.9	.0	.0	
		4=fast tägl.	3	5	10.3	17.2		2	1	0	11.8	14.3	.0	
75	Beruh.-tbl.i.l.J.	0=nie	16	14	55.2	48.3	.463	8	5	3	71.4	71.4	60.0	.760
		1=etwa 2/Jahr	0	3	.0	10.3		0	0	0	.0	.0	.0	
		2=etwa 2/Mo.	3	2	10.3	6.9		2	1	0	11.8	14.3	.0	
		3=etwa 2/Wo.	2	3	6.9	10.3		2	0	0	11.8	.0	.0	
		4=fast tägl.	8	7	27.6	24.1		5	1	2	29.4	14.3	40.0	
76	Schmerztbl. i.l.J.	0=nie	12	10	41.3	34.5	.582	7	3	2	41.2	42.9	40.0	.725
		1=etwa 2/Jahr	2	6	6.9	20.7		2	0	0	11.8	.0	.0	
		2=etwa 2/Mo	7	6	24.1	20.7		3	3	1	17.6	42.9	20.0	
		3=etwa 2/Wo.	6	4	20.7	13.8		3	1	2	17.6	14.3	40.0	
		4=fast tägl.	2	3	6.9	10.3		2	0	0	11.8	.0	.0	
78	Abführtbl.i.l.J.	0=nie	20	22	71.4	75.9	.782	12	5	3	75.0	71.4	60.0	.681
		1=etwa 2/Jahr	1	2	3.6	6.9		1	0	0	6.3	.0	.0	
		2=etwa 2/Mo.	4	2	14.3	6.9		2	1	1	12.5	14.3	20.0	
		3=etwa 2/Wo.	1	2	3.6	6.9		0	1	0	.0	14.3	20.0	
		4=fast tägl.	2	1	7.1	3.4		1	0	1	6.3	.0	.0	
79	Sonst. Medik. i.l.J.	0=nie	16	15	59.3	51.7	.884	12	3	1	70.6	50.0	25.0	.216
		1=etwa 2/Jahr	1	1	3.7	3.4		0	0	1	.0	.0	25.0	
		2=etwa 2/Mo.	1	1	3.7	3.4		1	0	0	5.9	.0	.0	
		3=etwa 2/Wo.	3	2	11.1	6.9		2	1	0	11.8	16.7	.0	
		4=fast tägl.	6	10	22.2	34.5		2	2	2	11.8	22.3	50.0	
80	Z. bish. Krankenh.-aufenth.	Anzahl 0	0	3	.0	10.3	.393	0	0	0	.0	.0	.0	.478
		1	1	8	27.6	17.2		5	1	2	29.4	14.3	40.0	
		2	6	6	20.7	20.7		1	3	2	5.9	42.9	40.0	
		3	6	9	20.7	31.0		4	2	0	23.5	28.6	.0	
		4	4	1	13.8	3.4		3	0	1	17.6	.0	20.0	
		5	1	0	3.4	.0		0	1	0	.0	14.3	.0	
		6	1	3	3.4	10.3		1	0	0	5.9	.0	.0	
		7	1	1	3.4	3.4		1	0	0	5.9	.0	.0	
		8	2	1	6.9	3.4		2	0	0	11.8	.0	.0	
81	Z. bish. Operat.	Anzahl 0	5	6	17.2	20.7	.652	1	2	2	5.9	28.6	40.0	.321
		1	11	8	37.9	27.6		8	1	2	47.1	14.3	40.0	
		2	6	8	20.7	27.6		2	3	1	11.8	42.9	20.0	
		3	4	2	13.8	6.9		4	0	0	23.5	.0	.0	
		4	2	4	6.9	13.8		1	1	0	5.9	14.3	.0	
		5	0	1	.0	3.4		0	0	0	.0	.0	.0	
		6	1	0	3.4	.0		1	0	0	5.9	.0	.0	
82	Z. bish. Kuraufenth.	Anzahl 0=0	16	14	55.2	50.0	.900	9	4	3	52.9	57.1	60.0	.954
		1=1-5	13	14	44.8	50.0		8	3	2	47.1	42.9	40.0	
83	Beurt. Leb.-Für.ges.	1=ja	17	17	58.6	58.6	.790	10	5	2	58.8	71.4	40.0	.552
		2=nein	12	12	41.4	41.4		7	2	3	41.2	28.6	60.0	
Psychologisches Interview, Kuranfang T1														
173	Er.Fam. unang.	0=nicht vorg.	10	15	34.5	51.7	.669	7	2	1	41.2	28.6	20.0	.583
		1=erfreul.,	3	3	10.3	10.3		2	0	1	11.8	.0	20.0	
		2 ang.	2	1	6.9	3.4		0	1	1	.0	14.3	20.0	
		3	1	2	3.4	6.9		0	0	1	.0	.0	20.0	
		4 ärgerl.,	3	1	10.3	3.4		2	1	0	11.8	14.3	.0	
		5=unang.	10	7	34.5	24.1		6	3	1	35.3	42.9	20.0	
174	Er.Fam. bel.	0=nicht vorg.	11	15	37.9	51.7	.176	8	2	1	47.1	28.6	20.0	[illegible]
		1=nicht bel.	1	2	3.4	6.9		0	0	1	.0	.0	20.0	
		2=	1	0	3.4	.0		0	0	1	.0	.0	20.0	
		3=	1	4	3.4	13.8		0	0	1	.0	.0	20.0	
		4=	0	1	.0	3.4		0	0	0	.0	.0	.0	
		5=sehr bel.	15	7	51.7	24.1		9	5	1	52.9	71.4	20.0	
175	Er.Ber. unang.	0=nicht vorg.	20	15	69.0	51.7	.552	10	5	5	58.8	71.4	100.0	.193
		1=erfreul.,	2	1	6.9	3.4		2	0	0	11.8	.0	.0	
		2 ang.	0	1	.0	3.4		0	0	0	.0	.0	.0	
		3	0	1	.0	3.4		0	0	0	.0	.0	.0	
		4 ärgerl.,	1	2	3.4	6.9		0	1	0	.0	14.3	.0	
		5=unang.	6	9	20.7	31.0		5	1	0	29.4	14.3	.0	

Fortsetzung Tab. 48:

Nr.	Variable	Skalen/Polung	P	PP	P	PP	p	GT	Komb	VT	GT	Komb	VT	p
176	Er.Ber. bel.	0=nicht vorg.	19	15	65.5	51.7	.260	9	5	5	52.9	71.4	100.0	.483
		1=nicht bel.	0	2	.0	6.9		0	0	0	.0	.0	.0	
		2	2	0	6.9	.0		2	0	0	11.8	14.3	.0	
		3	0	0	.0	.0		0	0	0	.0	.0	.0	
		4	2	3	6.9	10.3		1	1	0	.0	14.3	.0	
		5=sehr bel.	6	9	20.7	31.0		5	1	0	29.4	29.4	.0	
177	Er.Ges. unang.	0=nicht vorg.	15	14	51.7	48.3	.734	8	6	1	47.1	85.7	20.0	.083
		1=erfreul.,	0	0	.0	.0		0	0	0	.0	.0	.0	
		2 ang.	1	0	3.4	.0		0	1	0	.0	14.3	.0	
		3	0	0	.0	.0		0	0	0	.0	.0	.0	
		4 ärgerl.,	2	3	6.9	10.3		1	0	1	5.9	.0	20.0	
		5=unang.	11	12	37.9	41.4		8	0	3	47.1	.0	60.0	
178	Er.Ges. bel.	0=nicht vorg.	16	14	55.2	48.3	.670	9	6	1	52.9	85.7	20.0	.215
		1=nicht bel.	0	0	.0	.0		0	0	0	.0	.0	.0	
		2	0	0	.0	.0		0	0	0	.0	.0	.0	
		3	0	0	.0	.0		0	0	0	.0	.0	.0	
		4	2	4	6.9	13.8		1	0	1	5.9	.0	20.0	
		5=sehr bel.	11	11	37.9	37.9		7	1	3	41.2	14.3	60.0	
179	Er. wirtsch. unang.	0=nicht vorg.	21	23	72.4	79.3	.401	13	5	3	76.5	71.4	60.0	.971
		1=erfreul.,	4	3	13.8	10.3		2	1	1	11.8	.0	.0	
		2 ang.	0	1	.0	3.4		0	0	0	.0	.0	.0	
		3	0	0	.0	.0		0	0	0	.0	.0	.0	
		4 ärgerl.,	0	1	.0	3.4		0	0	0	.0	14.3	20.0	
		5=unang.	4	1	13.8	3.4		2	1	1	11.8	14.3	20.0	
180	Er. wirtsch. bel.	0=nicht vorg.	21	23	72.4	79.3	.101	13	5	3	76.5	71.4	60.0	.700
		1=nicht bel.	0	1	.0	3.4		0	0	0	.0	.0	.0	
		2	0	0	.0	.0		0	0	0	.0	.0	.0	
		3	0	3	.0	10.3		0	0	0	.0	.0	.0	
		4	3	1	10.3	3.4		2	0	1	11.8	.0	20.0	
		5=sehr bel.	5	1	17.2	3.4		2	2	1	11.8	28.6	20.0	
181	Er. sonst. unang.	0=nicht vorg.	27	22	93.1	75.9	.103	16	6	5	94.1	85.7	100.0	.417
		1=erfreul.,	0	2	.0	6.9		0	0	0	.0	.0	.0	
		2 ang.	0	0	.0	.0		0	0	0	.0	.0	.0	
		3	0	0	.0	.0		0	0	0	.0	.0	.0	
		4 ärgerl.,	1	0	3.4	.0		0	1	0	.0	14.3	.0	
		5=unang.	1	5	3.4	17.2		1	0	0	5.9	.0	.0	
182	Er. sonst. bel.	0=nicht vorg.	27	22	93.1	75.9		16	6	5	94.1	85.7	100.0	.609
		1=nicht bel.	0	0	.0	.0		0	0	0	.0	.0	.0	
		2	0	2	.0	6.9		0	0	0	.0	.0	.0	
		3	0	1	.0	3.4		0	0	0	.0	.0	.0	
		4	0	0	.0	.0		0	0	0	.0	.0	.0	
		5=sehr bel.	2	4	6.9	13.8		1	1	0	5.9	14.3	.0	
(173-182)	Besondere Ereignisse u. Veränderungen in 1. 2 J. vor d.Kur	0=keine Vorkomnisse	2	3	6.9	10.3	1.000	2	0	0	11.8	.0	.0	.468
		1=Vorkommnisse	27	26	93.1	89.7		15	7	5	88.2	100.0	100.0	
196	Belast.	1=eher nicht bis mittel,	5	7	17.2	24.1	.746	1	1	3	5.9	14.3	60.0	.018
		2=sehr bel.	24	22	82.8	75.9		16	6	2	94.1	85.7	40.0	
201	FE Mutt.	0=nicht erw.	9	17	31.0	60.7	.047	7	2	0	41.2	28.6	.0	.213
		1=erwähnt	20	11	69.0	39.3		10	5	5	58.2	71.4	100.0	
202	FE Vat.	0=nicht erw.	12	17	42.9	60.7	.284	9	2	1	52.9	28.6	25.0	.404
		1=erwähnt	16	11	57.1	39.3		8	5	3	47.1	71.4	75.0	
203	FE Mutt. Strenge	0=nicht erw.	11	10	57.9	83.3	.279	4	4	3	40.0	80.0	75.0	.247
		1=erwähnt	8	2	42.1	16.7		6	1	1	60.0	20.0	25.0	

Fortsetzung Tab. 48:

Nr.	Variable	Skalen/Polung	P	PP	P	PP	p	GT	Komb	VT	GT	Komb	VT	p
204	FE Vat. Strenge	0=nicht erw.	11	7	57.9	58.3	.726	7	2	2	70.0	40.0	50.0	.507
		1=erwähnt	8	5	42.1	41.7		3	3	2	70.0	60.0	50.0	
205	FE Vat. Unt.	0=nicht erw.	7	7	46.7	53.8	.500	4	3	0	50.0	60.0	.0	.342
		1=erwähnt	8	6	53.3	46.2	(F)	4	2	2	50.0	40.0	100.0	
206	FE Konfl. Bezugsp.	0=nicht erw.	13	12	86.7	92.3	.555	6	5	2	75.0	100.0	100.0	.364
		1=erwähnt	2	1	13.3	7.7		2	0	0	25.0	.0	.0	
207	FE Strenge o. Bezugspers.	0=nicht erw.	21	25	72.4	89.3	.201	12	6	3	70.6	85.7	60.0	.596
		1=erwähnt	8	3	27.6	10.7		5	1	2	14.3	40.0		
208	FE Trenn. o.B. Bezugspers.	0=nicht erw.	19	22	65.5	78.6	.427	13	4	2	76.5	57.1	40.0	.278
		1=erwähnt	10	6	34.5	21.4		4	3	3	23.5	42.9	60.0	
209	FE Katastr.	0=nicht erw.	22	16	75.9	57.1	.222	13	4	5	76.5	57.1	100.0	.231
		1=erwähnt	7	12	24.1	42.9		4	3	0	23.5	42.9	.0	
210	FE Eig. Aggr.	0=nicht erw.	25	24	86.2	85.7	.563	15	5	5	88.2	71.4	100.0	.393
		1=erwähnt	4	4	13.8	14.3		2	2	0	11.8	28.6	.0	
211	FE Akt.-Pass.	1=Aktivität	8	10	27.6	35.7	.167	4	2	2	23.5	28.6	40.0	.547
		2=Passivität	13	6	44.8	21.4		5	3	0	29.4	42.9	.0	
		0=neutral	8	12	27.6	42.9		8	2	3	47.1	28.6	60.0	
212	FE Entbehr., Einschr.	0=nicht erw.	21	20	72.4	71.4	.823	13	4	4	76.5	57.1	80.0	.577
		1=erwähnt	8	8	27.6	28.6		4	3	1	23.5	42.9	20.0	
213	FE Geschw.	0=nicht erw.	24	23	82.8	82.1	.774	13	6	5	76.5	85.7	100.0	.459
		1=erwähnt	5	5	17.2	17.9		4	1	0	23.5	14.3	.0	
215	Aff.Tön. Ki.	1=positiv	4	7	13.8	25.9	.508	4	0	0	23.5	.0	.0	.050
		2=negativ	18	15	62.1	55.6		12	3	3	70.6	42.9	60.0	
		0=neutral	7	5	24.1	18.5		1	4	2	5.9	57.1	40.0	
Medizinische Variablen														
345	Hauptdiag.	1=Andere als 2	2	1	6.9	3.4	.900	1	0	1	5.9	.0	20.0	.390
		2=Psychoveget. Syndr.	27	28	93.1	96.8		16	7	4	94.1	100.0	80.0	

Tab.49: t-Test für unabhängige Stichproben zur Überprüfung von Varianz- und Mittelwertunterschieden zwischen der Gruppe der zusätzlich psychologisch behandelten LVA-Kurpatienten (P) und der nach Geschlecht, Altersgruppe, familiärem und beruflichem Status, Lebenereignissen, Hauptdiagnose und Belastungsrating im Psychol. Interview parallelisierten Gruppe nicht zusätzlich psychologisch behandelter LVA-Kurpatienten (PP) in den metrischen Variablen. Darstellung von Stichprobenumfang (N), Mittelwert (M), Standardabweichung (s), Standardfehler (s_e), F-und t-Wert und jeweils darauf bezog. p-Wert (bei jeweils zweiseitiger Fragestellung)

Variable	Gruppe	N	M	s	s_e	F	p	t	p
Psychol.Fragebogen									
EzK-Kuranfang (T1)									
216 EzK1 Erw.	P	28	39.39	4.48	.79	1.73	.16o	2.19	.o33
befr. Ges.-Zust.	PP	29	36.55	5.51	1.o2				
217 EzK2 Erw.Entl.v.	P	28	23.71	4.47	.85	1.36	.43o	1.49	.141
allt.Anf.Ausspr.,	PP	29	21.79	5.22	.97				
Kont.									
218 EzK3 Erw. natürl.	P	28	34.29	4.o4	.76	1.36	.419	-.65	.521
Heilm.,Erf.-Zuvers.	PP	29	34.93	3.46	.64				
BdK -Kurende (T2)									
219 BdK1 Glob.subj.	P	28	31.78	5.57	1.o5	1.57	.244	2.o7	.o42
Kurerfolg	PP	29	28.31	6.98	1.3o				
22o BdK2 Zufr. med.	P	28	13.78	4.71	.89	1.o4	.923	-.26	.798
Unt. Beh.	PP	29	14.1o	4.62	.86				
221 BdK3 Zufr.m.erh.-	P	28	24.82	4.99	.94	1.43	.358	1.65	.1o4
u.kommun.förd.Bed.	PP	29	22.41	5.96	1.11				
222 BdK4 Pos. Bew.	P	28	14.86	3.66	.69	1.25	.563	3.38	.oo1
psych.Kurm.	PP	29	11.38	4.o9	.76				
KKB-Kuranfang (T1)									
223 KKB1-1 Seel.,psycho-	P	28	18.82	4.76	.9o	1.34	.453	2.33	.o24
soz.Probl.,Ps.-Th.	PP	27	15.6o	5.51	1.o6				
224 KKB2-1 Streß u.	P	28	11.32	1.76	.33	2.o7	.o65	-1.15	.258
Schon.	PP	27	12.oo	2.54	.48				
225 KKB3-1 Körperleid.	P	27	11.4o	2.75	.44	1.28	.535	1.12	.268
u. Org.-Med.	PP	27	1o.66	2.57	.49				
226 KKB4-1 Bel. unbefr.	P	28	6.32	1.76	.33	1.54	.272	-.85	.398
Arb.-Sit.,H.z.Zufr.	PP	27	6.77	2.19	.42				
KKB-Kurende (T2)									
227 KKB1-2 Seel. psycho-	P	28	18.68	3.8o	.72	2.44	.o23	2.72	.oo9
soz.Probl.,Ps.-Th.	PP	29	15.1o	5.93	1.1o				
228 KKB2-2 Streß u.	P	28	9.42	1.97	.37	1.39	.394	-1.91	.o61
Schon.	PP	29	1o.52	2.32	.43				
229 KKB3-3 Körperleid.	P	28	9.64	3.21	.61	2.49	.o19	.51	.61o
u. Org.-Med.	PP	29	9.27	2.o3	.38				
23o KKB4-2 Bel.,unbefr.	P	28	5.57	2.o6	.39	1.14	.736	-.61	.542
Arb.-Sit.,H.z.Zufr.	PP	29	5.89	1.93	.36				
KKB-Halbjahreskatamnese(T3)									
231 KKB1-3 Seel.psycho-	P	23	17.91	4.57	.95	1.79	.556	.59	.561
soz.Probl.,Ps.-Th.	PP	21	16.95	6,11	1.33				
232 KKB2-3 Streß u.	P	23	9.26	1.81	.38	1.92	.11o	-1.61	.117
Schon.	PP	21	1o.33	2.51	.55				
233 KKB3-3 Körperleid.	P	23	9.83	3.53	.74	1.o3	.949	-.o3	.977
u. Org.-Med.	PP	21	9.86	3.48	.76				
234 KKB4-3 Bel.,	P	23	5.4o	1.71	.36	1.25	.6o8	-2.64	.o12
Arb.-Sit.,H.z.Zufr.	PP	21	7.19	1.91	.42				
HG-Kuranfang (T1)									
235 HG1-1 Mißtr. geg.	P	29	4.38	1.35	.25	1.32	.469	2.18	.o33
Ärzte u. Therap.	PP	29	3.65	1.17	.22				
236 HG2-1 Risikover-	P	29	3.59	.73	.14	1.o1	.971	-.18	.858
meid.	PP	29	3.62	.73	.14				
237 HG3-1 Beacht. v.	P	29	4.72	1.o7	.2o	1.1o	.811	1.2o	.234
Krankh.anz.	PP	29	4.38	1.11	.2o				
238 HG4-1 Mißtr. geg.	P	29	4.83	.92	.17	2.1o	.o54	-.23	.821
eig.Körp.	PP	29	4.9o	1.34	.25				
HG-Kurende (T2)									
239 HG1-2 Mißtr.	P	28	4.54	1.29	.24	1.13	.756	1.81	.o75
geg. Ärzte u.Therap.	PP	28	3.93	1.23	.23				
24o HG2-2 Risikover-	P	28	3.29	.46	.o9	3.62	.oo1	-.57	.569
meid.	PP	28	3.29	.87	.16				
241 HG3-2 Beacht.	P	28	4.54	1.14	.21	1.18	.675	.85	.396
v. Krankh.anz.	PP	28	4.29	1.o5	.2o				
242 HG4-2 Mißtr.	P	28	5.39	.68	.13	2.o8	.o64	1.o7	.293
geg. eig. Körp.	PP	27	5.15	.98	.19				
HG-Halbjahreskatamnese (T3)									
243 HG1-3 Mißtr. geg.	P	23	4.3o	1.29	.27	1.41	.446	.18	.855
Ärzte u.Therap.	PP	21	4.24	1.o9	.23				
244 HG2-3 Risikover-	P	23	3.52	.73	.15	1.oo	1.ooo	-.66	.514
meid.	PP	21	3.67	.73	.15				
245 HG3-3 Beacht. v.	P	23	4.74	.91	.19	1.27	.587	1.86	.o7o
Krankh.anz.	PP	21	4.19	1.o3	.22				
246 HG4-3 Bel.,unbefr.	P	23	4.91	.9o	.18	1.43	.411	.34	.733
Arb.-Sit.,H.z.Zufr.	PP	21	4.81	1.o8	.23				
FPI-Kuranfang (T1)									
247 FPI2-1 Aggr.	P	29	2.9o	1.29	.24	2.5o	.o18	.oo	1.ooo
	PP	29	2.9o	2.o4	.38				
248 FPI9-1 Offen	P	29	8.44	3.o5	.56	1.58	.23o	.67	.5o8
	PP	29	7.97	2.43	.45				
249 FPIE-1 Extrav.	P	29	4.62	2.62	.48	1.o2	.956	-.5o	.621
	PP	29	4.96	2.65	.49				
25o FPIN-1 Em.Lab.	P	29	7.76	2.69	.5o	1.44	.341	2.69	.oo9
	PP	29	5.65	2.23	.6o				
FPI-Kurende (T2)									
251 FPI2-2 Aggr.	P	29	3.31	2.43	.45	1.12	.774	.44	.66o
	PP	29	3.o3	2.31	.43				
252 FPI9-2 Offen.	P	29	8.17	2.86	.53	1.26	.544	.73	.471
	PP	29	7.65	2.55	.47				
253 FPIE-2 Extrav.	P	29	5.58	2.51	.47	1.2o	.635	1.1o	.278
	PP	29	4.82	2.75	.51				
254 FPIN-2 Em.Lab.	P	29	6.34	2.76	.51	1.67	.18o	.99	.327
	PP	29	5.52	3.56	.66				

Fortsetzung Tabelle 49:

Variable	Gruppe	N	M	s	s_e	F	p	t	p
297 BFB3-1 Unzufr. Arb.,Koll.,Bez.	P	29	1o.72	3.77	.7o	1.39	.385	-.15	.881
	PP	29	1o.86	3.19	.59				
298 BFB4-1 Bel. i.Z. m. Ki.	P	24	5.5o	2.oo	.4o	1.82	.166	-.52	.6o9
	PP	22	5.86	2.69	.57				
BFB-Kurende (T2)									
299 BFB1-2 Bel. i.Z. m. Ehe	P	25	1o.64	3.65	.73	1.74	.187	.52	.6o4
	PP	24	1o.oo	4.81	.98				
3oo BFB2-2 Überford. Arb.	P	23	14.o4	3.71	.77	1.21	.652	.15	.883
	PP	24	13.87	4.o9	.83				
3o1 BFB3-2 Unzufr. Arb.Koll.Bez.	P	25	1o.56	3.26	.65	1.23	.614	-.57	.57o
	PP	24	1o.12	3.56	.74				
3o2 BFB4-2 Bel. i.Z. m.Ki.	P	21	5.76	1.67	.36	1.57	.336	.25	.8o7
	PP	18	5.61	2.o9	.49				
BFB-Halbjahreskatamnese (T3)									
3o3 BFB1-3 Bel.i.Z. m. Ehe	P	23	1o.91	3.51	.73	3.o6	.o13	-.65	.521
	PP	21	11.9o	6.14	1.34				
3o4 BFB2-3 Überford. Arb.	P	23	12.47	3.58	.74	1.34	.51o	-1.37	.177
	PP	21	13.85	3.o9	.67				
3o5 BFB3-3 Unzufr. Arb.,Koll.,Bez.	P	23	1o.13	3.52	.73	1.23	.644	-1.38	.175
	PP	21	11.52	3.17	.69				
3o6 BFB4-3 Bel. i.Z.m.Ki.	P	21	5.85	1.9o	.42	1.67	.291	-.28	.786
	PP	14	6.o7	2.46	.66				
Arzt-und Betr.-Rating-Kurende (T2)									
3o7 Pos. Kurerf.,günst. Prog.Arzt (Arztr.1)	P	28	31.54	4.5o	.85	1.11	.776	1.65	.1o5
	PP	29	29.62	4.26	.79				
3o8 Ps.ger.Auff.u.pos. Kurerf.Betr. (Betr.r)	P	29	18.24	3.oo	.55	1.21	.617	1.71	.o93
	PP	29	16.82	3.3o	.61				
3o9 Psychosom.Gest. Arzt(Arztr.2)	P	29	5.65	2.o9	.38	2.14	.o48	-1.83	.o73
	PP	29	6.51	1.43	.27				
Anamnest.Erhebungsbogen-Kuranfang (T1)									
1 Alter	P	29	38.96	5.o5	.94	1.19	.654	.1o	.921
	PP	29	38.83	5.5o	1.o2				
34 Z.d.z.Erhol.gen. Url.-T.	P	28	12.18	1o.86	2.o5	1.o2	.958	-.64	.527
	PP	29	14.oo	1o.75	2.oo				
36 Häufigk.d.Krankm. 1. 2 J.	P	29	1.76	1.3o	.24	1.19	.6o3	-.53	.6o1
	PP	29	1.93	1.19	.22				
37 Dauer d. Krankm. 1. 2 J.	P	29	6.24	9.45	1.76	2.99	.oo5	.48	.636
	PP	29	5.27	5.47	1.o2				
54 St.Erhol./T.	P	29	2.o3	1.59	.3o	1.52	.28o	1.39	.169
	PP	28	1.5o	1.29	.24				
58 St. Schlaf	P	28	7.oo	1.33	.25	1.11	.781	-.6o	.55o
	PP	29	7.21	1.26	.23				
62 Kaffee- bzw. Teekons./T.	P	29	2.oo	1.89	.35	1.24	.571	-.33	.744
	PP	29	2.17	2.1o	.39				
63 Bierkons./ Wo.	P	28	3.36	2.98	.56	1.o9	.821	-.96	.339
	PP	29	4.1o	2.86	.53				
64 Weinkons./ Wo.	P	29	.86	1.52	.28	2.88	.oo7	-.1o	.917
	PP	29	.89	.9o	.18				
65 Kons.hochproz. Getr./Wo.	P	29	.76	1.35	.25	5.38	.ooo	.65	.519
	PP	29	1.17	3,14	.58				
67 J. Rauch.	P	7	18.15	7.17	2.71	1.86	.469	-.44	.671
	PP	7	2o.15	9.79	3.7o				
68 Rauch.aufgeh.	P	5	4.6o	3.85	1.72	2.o9	.477	-1.21	.314
	PP	3	9.oo	5.57	3.12				
69 J. ger.	P	5	11.2o	8.o7	3.61	1.26	.751	.24	.821
	PP	3	9.67	9.o7	5.24				
7o Zigarett./T.	P	12	12.25	9.78	2.82	1.66	.425	-1.82	.o94
	PP	1o	2o.9o	12.58	3.97				
74 Schlaftbl.i.l.J.	P	29	.55	1.32	.25	1.46	.321	-1.34	.186
	PP	29	1.o6	1.6o	.3o				
75 Beruh.tbl.i.l.J.	P	29	1.52	1.8o	.33	1.1o	.81o	.oo	1.ooo
	PP	29	1.52	1.72	.32				
76 Schmerztbl.i.l.J.	P	29	1.45	1.4o	.26	1.o4	.923	.oo	1.ooo
	PP	29	1.45	1.38	.26				
78 Abführtbl.i.l.J.	P	28	.71	1.27	.24	1.29	.5o8	-.73	.o71
	PP	29	.55	1.12	.21				
79 Sonst.Medik.i.l.J.	P	27	1.33	1.75	.34	1.16	.7o1	.44	.468
	PP	29	1.69	1.89	.35				
8o Z.bish.Krankenh.-aufenth.	P	29	3.o3	2.o8	.39	1.oo	.996	.44	.66o
	PP	29	2.79	2.o8	.39				
81 Z.bish.Operat.	P	29	1.69	1.42	.27	1.o2	.959	-.18	.854
	PP	29	1.76	1.43	.26				
82 Z.bish.Kuraufenth.	P	29	.44	.51	.o9	1.o1	.973	-.38	.7o2
	PP	28	.5o	.51	.o9				
Katamnest. Erhebungsbog.-Halbjahreskatamnese (T3)									
Σ 84,85,86 Katamn. BdK	P	23	1o.35	1.55	.32	2.9o	.o17	2.46	.oo7
	PP	21	8.71	2.65	.58				
88 Morg.gymn.Häufigk.	P	23	2.48	2.99	.62	1.8o	.2oo	1.28	.2o6
	PP	2o	1.45	2.23	.5o				
89 Morg.gymn. Dauer	P	23	6.82	13.32	2.78	3.o8	.o16	.74	.461
	PP	2o	4.4o	7.6o	1.7o				
9o Wand. Häufigk.	P	23	1.87	1.98	.41	1.oo	.987	.61	.546
	PP	2o	1.5o	1.98	.44				
91 Wand.Dauer	P	23	76.3o	64.32	13.41	1.41	.438	.16	.871
	PP	2o	72.75	76.32	17.o5				
92 Schwimm. Häufigk.	P	23	.7o	.7o	.14	1.43	.432	1.76	.o86
	PP	2o	.35	.59	.13				
93 Schwimm. Häufigk.	P	23	33.47	31.85	6.64	1.77	.213	2.22	.o32
	PP	2o	14.5o	23.95	5.35				
94 Hautbürst. Häufigk.	P	23	1.74	2.38	.5o	1.11	.83o	-.21	.831
	PP	2o	1.9o	2.51	.56				
95 Hautbürst. Häufigk.	P	23	2.87	4.o3	.84	1.21	.98o	-.o3	.979
	PP	2o	2.9o	3.65	.82				

Fortsetzung Tabelle 49:

Variable	Gruppe	N	M	s	s_e	F	p	t	p
Halbjahreskatamnese (T3)									
255 FPI2-3 Aggr.	P	22	2.73	1.45	.31	1.13	.779	-.08	.940
	PP	21	2.76	1.55	.34				
256 FPI9-3 Offen.	P	22	9.36	1.62	.36	1.97	.132	3.62	.001
	PP	21	7.19	2.27	.50				
257 FPIE-3 Extrav.	P	22	5.95	2.42	.52	1.70	.236	1.55	.129
	PP	21	4.62	3.15	.68				
258 FPIN-3 Em.Lab.	P	22	7.36	2.40	.51	1.71	.232	.48	.633
	PP	21	6.95	3.14	.68				
BPI-Kuranfang (T1)									
259 BPI1-1 Geh.	P	29	13.55	5.75	1.07	1.87	.103	1.22	.228
	PP	29	11.34	7.87	1.46				
260 BPI2-1 Err.	P	29	13.93	5.07	.94	1.37	.410	2.83	.006
	PP	29	9.83	5.93	1.10				
261 BPI3-1 Nerv.	P	29	10.65	4.05	.75	1.57	.237	1.26	.214
	PP	29	9.14	5.08	.94				
262 BPI4-1 Depr.	P	29	9.00	3.96	.73	1.40	.383	2.61	.012
	PP	29	6.48	3.35	.62				
263 BPI5-1 Int.	P	29	4.69	3.21	.59	1.07	.863	2.12	.038
	PP	29	2.93	3.10	.58				
264 BPI6-1 Lüg.	P	29	1.76	1.41	.26	1.43	.346	-1.19	.241
	PP	29	2.24	1.68	.31				
BPI-Kurende (T1)									
265 BPI1-2 Geh.	P	29	11.17	5.33	.99	2.70	.011	.40	.692
	PP	29	10.41	8.75	1.62				
266 BPI2-2 Err.	P	29	9.44	5.38	1.00	1.53	.269	.17	.863
	PP	29	9.17	6.65	1.23				
267 BPI3-2 Nerv.	P	29	7.86	4.13	.76	2.00	.071	-.62	.536
	PP	29	8.70	5.84	1.08				
268 BPI4-2 Depr.	P	29	6.93	3.68	.68	1.48	.304	.77	.446
	PP	29	6.10	4.48	.83				
269 BPI5-2 Int.	P	29	3.41	2.78	.51	1.10	.803	1.64	.106
	PP	29	2.24	2.65	.49				
270 BPI6-2 Lüg.	P	29	1.86	1.27	.24	1.95	.082	-1.87	.068
	PP	29	2.62	1.78	.33				
FBL-Kuranfang (T1)									
271 FBL1-1 Allg.	P	28	27.46	5.88	1.11	1.36	.431	-.52	.603
	PP	28	28.36	6.86	1.29				
FBL-Kurende (T2)									
272 FBL1-2 Allg.	P	28	19.18	6.12	1.15	2.40	.026	-.99	.324
	PP	29	21.27	9.46	1.75				
FBL-Halbjahreskatamnese (T3)									
273 FBL1-3 Allg.	P	23	19.65	4.80	1.00	3.26	.008	-2.33	.029
	PP	21	24.57	8.67	1.89				
SES-Kuranfang (T1)									
274 SES1-1 Geh.St.	P	28	6.67	2.32	.44	1.42	.369	-.62	.537
	PP	28	7.03	1.95	.37				
275 SES2-1 Mißst.	P	28	4.32	2.51	.47	3.69	.001	1.20	.236
	PP	28	3.68	1.31	.25				
276 SES3-1 Akt.	P	27	7.89	2.12	.40	1.48	.320	1.17	.246
	PP	28	7.14	2.57	.49				
277 SES4-1 Gedr.St.	P	27	4.41	2.39	.46	2.18	.049	.35	.728
	PP	28	4.21	1.62	.31				
278 SES5-1 Trägh.	P	27	4.37	1.92	.37	2.02	.074	.51	.616
	PP	28	4.14	1.35	.26				
279 SES6-1 Müd.	P	27	6.44	2.39	.46	1.35	.440	-.39	.699
	PP	28	6.68	2.06	.39				
280 SES7-1 Ausg.St.	P	27	7.44	2.15	.41	1.13	.745	.15	.878
	PP	28	7.35	2.02	.38				
SES-Kurende (T2)									
281 SES1-2 Geh. St.	P	27	7.44	2.15	.41	1.65	.205	-.78	.440
	PP	28	7.96	2.77	.52				
282 SES2-2 Mißst.	P	27	4.18	1.57	.30	1.06	.880	.18	.857
	PP	28	4.10	1.62	.31				
283 SES3-2 Akt.	P	27	8.22	2.32	.45	1.05	.912	.69	.494
	PP	28	7.78	2.37	.45				
284 SES4-2 Gedr.St.	P	28	4.18	1.36	.25	1.07	.868	.60	.552
	PP	28	3.96	1.32	.25				
285 SES5-2 Trägh.	P	27	4.81	1.30	.25	1.47	.330	1.45	.153
	PP	28	4.25	1.58	.30				
286 SES6-2 Müd.	P	27	4.89	2.12	.40	1.09	.816	.18	.854
	PP	28	4.79	2.02	.38				
287 SES7-2 Ausg.St.	P	28	6.89	1.91	.36	2.09	.060	-1.40	.167
	PP	28	7.78	2.76	.52				
SES-Halbjahreskatamnese (T3)									
288 SES1-3 Geh.St.	P	23	6.17	1.70	.35	1.94	.138	-1.17	.261
	PP	20	6.90	2.36	.53				
289 SES2-3 Mißst.	P	23	6.00	2.50	.52	1.66	.268	1.08	.276
	PP	20	5.25	1.94	.43				
290 SES3-3 Akt.	P	23	8.04	1.96	.41	1.40	.448	1.05	.301
	PP	20	7.35	2.32	.52				
291 SES4-3 Gedr.St.	P	23	4.61	1.99	.42	1.31	.539	-1.29	.209
	PP	20	5.45	2.28	.51				
292 SES5-3 Trägh.	P	23	4.39	1.30	.27	1.87	.159	.09	.932
	PP	20	4.35	1.78	.40				
293 SES6-3 Müd.	P	23	6.39	1.97	.41	1.70	.230	-.72	.477
	PP	20	6.90	2.57	.57				
294 SES7-3 Ausg.St.	P	23	7.08	1.59	.33	1.62	.275	-.38	.707
	PP	20	7.20	2.03	.45				
BFB-Kuranfang (T1)									
295 BFB1-1 Bel.i.Z. m.Ehe	P	29	10.62	4.03	.74	1.18	.671	.37	.709
	PP	29	10.20	4.37	.81				
296 BFB2-1 Überford. Arb.	P	29	13.31	4.34	.80	1.27	.533	.00	1.000
	PP	29	13.31	3.85	.71				

Fortsetzung Tabelle 49:

Variable	Gruppe	N	M	s	s_e	F	p	t	p
96 Entspann. Häufigk.	P	23	1.56	2.37	.49	1.07	.879	-.45	.652
	PP	20	1.90	2.44	.55				
97 Entspann. Dauer	P	23	15.52	26.56	5.54	1.60	.513	.67	.506
	PP	20	10.65	21.01	4.70				
98 Ernähr. beib.	P	23	2.70	.76	.16	1.31	.540	-.61	.545
	PP	20	2.85	.87	.20				
122 Häufigk.Krankm. 1. 6 Mon.	P	23	.17	.39	.08	2.89	.018	-.98	.341
	PP	21	.33	.65	.14				
123 Dauer Krankm. 1. 6 Mon.	P	23	1.39	5.82	1.21	2.54	.040	.04	.968
	PP	21	1.33	3.65	.80				
124 Häufigk. Krankenh.-aufenth.1.6 Mon.	P	23	.04	.21	.04	5.26	.000	-.88	.387
	PP	21	.14	.48	.10				
127 Beurt.Ges.-Zust.	P	23	2.70	.70	.15	1.65	.256	1.67	.103
	PP	21	2.28	.90	.20				
128 St.Erhol./T.	P	23	2.00	1.09	.23	1.26	.595	.68	.500
	PP	21	1.76	1.22	.27				
130 St.körp.Bet./Wo.	P	23	2.52	.90	.19	2.64	.029	-.91	.370
	PP	21	2.86	1.46	.32				
131 Kaffee-bzw.Tee-kons/T.	P	23	2.35	1.33	.27	2.10	.093	-.54	.595
	PP	21	2.62	1.94	.42				
132 Bierkons./Wo.	P	23	2.52	2.39	.50	1.41	.446	.49	.621
	PP	21	2.19	2.01	.44				
133 Kons.hochproz. Getr./Wo.	P	23	.17	.49	.10	2.75	.024	-1.50	.150
	PP	20	.47	.81	.17				
134 Weinkons./Wo.	P	23	.56	.73	.15	1.23	.657	-.64	.527
	PP	20	.70	.65	.15				
139 Zigarett./T.	P	5	13.00	6.36	2.85	1,23	.843	-1.65	.139
	PP	5	20.00	7.07	3.16				
143 Schlaftbl. 1. 6 Mon.	P	23	.26	.86	.18	3.92	.003	.81	.422
	PP	21	.10	.44	.10				
144 Beruh.tbl. 1. 6 Mon.	P	23	1.30	1.66	.34	1.10	.816	-.24	.811
	PP	21	1.43	1.75	.38				
145 Schmerztbl. 1. 6 Mon.	P	23	1.21	1.33	.27	1.47	.380	-.26	.795
	PP	21	1.33	1.59	.35				
147 Abführtbl. 1. 6 Mon.	P	23	.35	.93	.19	1.20	.676	-.11	.912
	PP	21	.38	1.02	.22				
148 Sonst.Medik.1. 6 Mon.	P	23	1.17	1.59	.33	1.05	.901	.46	.650
	PP	21	.95	1.62	.35				
152 Ggw.Körp.gew.	P	23	69.69	9.71	2.02	2.28	.065	.13	.898
	PP	20	69.20	14.67	3.28				
154 Er.Fam. unang.	P	23	.70	1.43	.30	2.82	.020	-2.10	.045
	PP	21	1.95	2.40	.52				
155 Er.Fam.bel.	P	23	.70	1.53	.32	2.50	.039	-1.97	.057
	PP	21	1.90	2.40	.52				
156 Er.Ber.unang.	P	23	.43	1.23	.26	1.02	.962	.02	.987
	PP	21	.43	1.24	.27				
157 Er.Ber.bel.	P	23	.56	1.53	.32	1.09	.848	-.11	.910
	PP	21	.62	1.60	.35				
164 Zuv.Ges.	P	23	2.56	.90	.18	1.26	.335	.97	.338
	PP	21	2.29	1.01	.22				
165 Zuv. Ber.	P	23	2.74	.62	.13	1.78	.003	3.06	.004
	PP	20	2.05	.83	.18				
166 Zuv. Fam.	P	23	2.74	.75	.16	2.28	.063	-.08	.939
	PP	21	2.76	1.13	.25				
167 Zuv. sonst.Bez.	P	23	2.56	.67	.14	1.88	.158	-.30	.767
	PP	21	2.62	.92	.20				
Psycholog.Interview- Kuranfang (T1)									
168 Wann entschl.z. Kur.	P	29	5.14	2.80	.52	1.09	.818	-1.15	.255
	PP	29	5.97	2.68	.50				
169 Anstr.	P	29	1.69	1.14	.21	1.02	.956	-.58	.564
	PP	29	1.86	1.12	.21				
170 Eig.-Fremd-Init.	P	29	3.38	1.66	.31	1.08	.845	.39	.699
	PP	29	3.21	1.72	.32				
171 Sorg.Arb.Pl.	P	28	1.71	1.18	.22	1.19	.661	-.22	.830
	PP	28	1.78	1.29	.24				
172 Sorg. Fam.	P	29	3.10	1.61	.30	1.19	.647	1.01	.316
	PP	29	2.65	1.76	.39				
173 Er.Fam. unang.	P	29	2.48	2.23	.41	1.07	.854	1.32	.193
	PP	29	1.72	2.15	.40				
174 Er.Fam. bel.	P	29	2.79	2.41	.44	1.23	.585	1.60	.115
	PP	29	1.83	2.17	.40				
175 Er.Ber.unang.	P	29	1.24	2.09	.39	1.22	.596	-1.36	.178
	PP	29	2.03	2.32	.43				
176 Er.Ber. bel.	P	29	1.45	2.14	.40	1.20	.633	-.99	.326
	PP	29	2.03	2.35	.44				
177 Er.Ges.unang.	P	29	2.24	2.43	.45	1.02	.951	-.38	.708
	PP	29	2.48	2.46	.46				
178 Er. Ges.bel.	P	29	2.17	2.46	.45	1.03	.938	-.43	.669
	PP	29	2.45	2.43	.45				
179 Er.wirtsch.unang.	P	29	.82	1.73	.32	2.04	.064	.88	.384
	PP	29	.48	1.21	.22				
180 Er.wirtsch.bel.	P	29	1.28	2.12	.39	2.22	.038	1.31	.196
	PP	29	.66	1.42	.26				
181 Er.sonst.unang.	P	29	.31	1.16	.21	2.67	.012	-1.49	.142
	PP	29	.93	1.90	.35				
182 Er.sonst. bel.	P	29	.34	1.28	.23	1.97	.077	-1.42	.162
	PP	29	.93	1.81	.33				
183 Soz.ps.som.Z.	P	29	2.62	1.54	.28	1.06	.869	-2.93	.005
	PP	29	3.79	1.49	.28				
184 Ki. glückl.-ungl.	P	29	3.55	1.59	.29	1.28	.524	2.09	.041
	PP	29	2.72	1.41	.26				
185 Ki. ger.-unger.	P	29	3.51	1.43	.26	1.17	.682	1.33	.187
	PP	29	3.03	1.32	.25				
186 Ki. str.-n.str.	P	29	2.34	1.44	.27	1.14	.723	-.61	.542
	PP	29	2.58	1.54	.28				

Fortsetzung Tabelle 42:

Variable	Gruppe	N	M	s	s_e	F	p	t	p
187 Selbstzufr.	P	29	3.48	1.47	.27	1.24	.572	1.17	.245
	PP	29	3.00	1.64	.30				
188 Ehrg.	P	29	2.00	1.10	.20	1.54	.263	-.95	.345
	PP	29	2.31	1.36	.25				
189 Nutz.psychol. Unt.	P	29	2.03	1.14	.21	1.41	.368	-3.44	.001
	PP	29	3.17	1.36	.25				
190 Klags.	P	29	3.20	1.42	.26	1.01	.980	-.09	.927
	PP	29	3.24	1.43	.26				
191 Mitt.Soz.	P	29	3.83	1.19	.22	1.31	.482	-.93	.354
	PP	29	4.10	1.04	.19				
192 Mitt. Int.	P	29	3.65	1.37	.25	1.12	.771	.69	.494
	PP	29	3.41	1.29	.24				
193 Symp.	P	29	2.38	.82	.15	1.44	.337	-.29	.773
	PP	29	2.44	.98	.18				
194 SE	P	29	2.62	.98	.18	1.04	.926	-2.53	.014
	PP	29	3.27	.99	.18				
95 Ängstl.	P	29	2.34	.76	.14	1.03	.929	1.72	.091
	PP	29	2.00	.75	.14				
196 Belast.	P	29	1.83	.38	.07	1.28	.514	.64	.525
	PP	29	1.76	.43	.08				
197 FEges.	P	29	2.41	1.24	.23	1.60	.222	1.29	.202
	PP	29	2.03	.98	.18				
198 FE 1-5 J.	P	29	.72	.88	.16	1.01	.975	-.11	.913
	PP	28	.75	.88	.16				
199 FE 6-14 J.	P	29	1.41	.82	.15	1.19	.654	1.29	.201
	PP	28	1.14	.75	.14				
200 FE üb. 14 J.	P	29	.34	.89	.16	1.71	.167	.62	.539
	PP	28	.21	.67	.13				
Mediz. Variablen (soweit Termin nicht extra angegeben, T1)									
310 Größe	P	29	169.45	9.07	1.68	1.23	.583	.50	.617
	PP	29	168.31	8.16	1.52				
311 Gew.Kuranf.	P	29	73.41	14.17	2.63	1.34	.441	1.00	.321
	PP	29	69.93	12.23	2.27				
312 Gew.Kure.	P	29	71.69	12.59	2.34	1.29	.502	.90	.374
	PP	29	68.90	11.08	2.06				
313 psR Kuranf.	P	28	128.03	14.36	2.71	1.24	.573	-.19	.851
	PP	29	128.79	16.01	2.97				
314 pdR Kuranf.	P	28	87.14	8.54	1.61	1.06	.885	1.68	.098
	PP	29	83.27	8.79	1.63				
315 psR Kure.	P	22	123.18	10.30	2.19	1.26	.596	-.61	.548
	PP	22	125.18	11.57	2.47				
316 pdR Kure.	P	22	84.55	7.06	1.50	1.88	.155	1.16	.255
	PP	22	81.59	9.68	2.06				
317 Puls Kuranf.	P	28	74.10	10.31	1.95	1.14	.734	-1.87	.066
	PP	29	79.07	9.66	1.79				
318 Puls Kure.	P	16	74.12	9.10	2.27	1.01	1.000	-.78	.443
	PP	19	76.52	9.13	2.10				
319 Cholest.	P	29	261.55	45.27	8.40	1.66	.188	1.42	.162
	PP	29	242.10	58.27	10.82				

Variable	Gruppe	N	M	s	s_e	F	p	t	p
321 Cholest.Nachpr.	P	14	243.00	47.18	12.61	1.74	.435	.68	.478
	PP	9	230.20	35.72	11.91				
323 Trigl.	P	29	152.79	96.25	17.87	1.42	.359	.29	.770
	PP	29	144.62	114.70	21.30				
325 Trigl.Nachpr.	P	7	140.85	55.21	20.87	2.03	.422	-1.70	.150
	PP	4	216.50	78.71	39.35				
327 Harns.	P	29	5.49	1.57	.29	1.07	.861	-.03	.973
	PP	29	5.51	1.52	.28				
329 Harns. Nachpr.	P	7	6.74	.75	.28	2.73	.262	2.36	.057
	PP	5	5.28	1.24	.55				
331 γ - GT	P	29	25.97	22.05	4.09	2.88	.007	1.35	.184
	PP	25	19.55	12.99	2.41				
333 γ - GT Nachpr.	P	7	33.85	13.89	5.07	1.83	1.000	.33	.772
	PP	3	31.00	9.90	7.00				
335 Harnst.	P	29	36.35	10.03	1.86	1.35	.435	-.36	.721
	PP	29	37.37	11.65	2.16				
336 BKS 1.St.	P	29	4.69	4.63	.86	6.61	.000	-1.18	.247
	PP	29	7.48	11.90	2.21				
337 BKS 2.St.	P	29	13.20	12.53	2.33	2.22	.039	-.58	.566
	PP	29	15.62	18.67	3.47				
339 BKS 1.St.Nachpr.	P	6	7.83	3.43	1.40	14.92	.013	-1.02	.409
	PP	4	14.75	13.25	6.62				
340 BKS 2.St.Nachpr.	P	6	22.83	9.58	3.91	6.93	.063	-.92	.409
	PP	4	35.00	25.22	12,61				
342 Leuko.	P	29	53.45	7.36	1.38	1.73	.154	-1.27	.210
	PP	29	56.31	9.67	1.78				
343 Ery.	P	29	5.41	.41	.08	1.06	.886	.50	.617
	PP	29	5.36	.42	.08				
344 Hämogl.	P	29	15.19	1.34	.25	1.06	.882	.49	.625
	PP	29	15.01	1.38	.25				

Tab. 50: t-Test für abhängige Stichproben zur Prüfung des Mittelwertunterschiedes in den metrischen Variablen der gesamten Stichprobe der gesamten, der männlichen und der weiblichen Gruppe von LVA-Kurpatienten mit jeweils zusätzlicher psychologischer Behandlung (Darstellung in dieser Reihenfolge von oben nach unten), zwischen Kuranfang (T1) und Kurende (T2; bei den mediz. Variabl. Cholesterin, Triglyceride, Harnsäure, γ-GT und BKS entspricht "T2" einem gegen Ende der ersten Kurhälfte angesetzten Nachprüfungstermin für Patienten mit erhöhten Werten an T1) sowie zwischen T1 und Halbjahreskatamnese (T3). Darstellung von Stichprobenumfang (N), Mittelwert (M), Standardabweichung (s), Standardfehler (s_e) für Variablen und Differenzen (Diff) zwischen T1 und T2, T1 und T3, Korrelationen (Stabilitätskoeffizienten) zwischen den Variablenausprägungen an jeweils zwei Terminen (r), p-Wert für r (p r, zweiseitig), t-Wert für Differenz (t Diff) und p-Wert für Differenz (p). Beschränkung der Kennwerte auf jeweils an zwei Terminen vorliegendes N. Anordnung T1 - T2 links, T1 - T3 rechts (Werte pro Termin jeweils untereinander)

	N	MT1 MT2	sT1 sT2	s_eT1 s_eT2	M Diff	s Diff	s_e Diff	rT1- T2	p r (2s)	t Diff	p (2s)	N	MT1 MT3	sT1 sT3	s_eT1 s_eT3	M Diff	s Diff	s_e Diff	rT1- T3	p r (2s)	t Diff	p (2s)
Psycholog. Fragebogen KKB																						
KKB1 Seel. psychosoz. Probl., Ps.-Th.	27	18.89	4.84	.93	.22	3.97	.76	.60	.001	.29	.774	22	19.04	5.20	1.10	.77	5.57	1.19	.33	.137	.65	.522
		16.67	3.87	.74									18.28	4.33	.92							
	16	17.93	4.77	1.19	.94	4.19	1.04	.51	.043	.90	.385	14	18.28	5.09	1.36	.29	5.90	1.58	.15	.601	.18	.859
		17.00	3.31	.83									17.78	3.87	1.03							
	11	20.27	4.82	1.45	-.81	3.57	1.08	.67	.023	-.76	.465	8	20.75	5.26	1.86	1.62	5.21	1.84	.51	.201	.88	.407
		21.09	3.42	1.03									19.12	5.22	1.85							
KKB2 Streß und Schon.	27	11.26	1.78	.34	1.81	2.15	.44	.36	.684	.39	.000	22	11.36	1.81	.39	2.09	2.31	.49	.21	.349	4.25	.000
		9.44	2.00	.39									9.27	1.89	.41							
	16	10.81	1.90	.48	1.81	2.04	.51	.47	.633	.55	.003	14	10.78	1.89	.50	1.79	2.29	.61	.03	.919	2.91	.012
		9.00	2.07	.52									9.00	1.36	.36							
	11	11.91	1.37	.41	1.81	2.40	.72	-.12	.733	2.51	.031	8	12.37	1.19	.42	2.62	2.39	.84	.37	.373	3.11	.017
		10.09	1.81	.55									9.75	2.55	.90							
KKB3 Körperleid. u. Org.-Med.	26	11.38	2.32	.45	1.84	3.99	.78	-.06	.780	2.36	.026	21	11.00	1.97	.43	1.09	4.33	.95	-.20	.375	1.16	.261
		9.54	3.11	.61									9.90	3.47	.76							
	15	10.93	2.25	.58	2.07	3.05	.79	.11	.703	2.62	.020	14	11.08	2.25	.62	1.54	4.68	1.29	-.32	.293	1.18	.259
		8.87	2.33	.60									9.54	3.45	.96							
	11	12.00	2.37	.71	1.54	5.14	1.55	-.32	.344	1.00	.343	8	10.87	1.55	.55	.37	3.89	1.37	.06	.883	.27	.793
		10.45	3.88	1.17									10.50	3.66	1.29							
KKB4 Bel. u. unbefr. Arb.-St., H. z. Zufr.	27	6.22	1.72	.33	.67	2.15	.41	.38	.050	1.61	.119	22	6.00	1.66	.35	.23	1.93	.41	.36	.098	.55	.586
		5.55	2.10	.40									5.77	1.74	.37							
	16	6.37	1.31	.33	.94	1.18	.29	.64	.007	3.17	.006	14	6.36	1.39	.37	.50	1.45	.39	.54	.047	1.29	.221
		5.44	1.49	.36									5.86	1.61	.43							
	11	6.00	2.37	.71	1.54	5.14	1.55	-.31	.344	1.00	.343	8	5.37	2.00	.55	5.25	2.55	.90	.03	.948	5.24	.794
		5.73	2.87	.86									5.62	2.06	.73							
HG																						
HG1 Mißtr. geg. Ärzte und Therap.	28	4.39	1.37	.25	-.14	.75	.14	.84	.000	-1.00	.326	23	4.35	1.37	.28	.04	1.26	.26	.55	.006	.17	.870
		4.53	1.29	.24									4.30	1.29	.27							
	17	4.70	1.31	.32	-.12	.85	.21	.79	.000	-.57	.579	15	4.60	1.35	.35	.13	.99	.26	.72	.002	.52	.610
		4.82	1.33	.32									4.47	1.30	.33							
	11	3.90	1.37	.41	-.18	.60	.18	.90	.000	-1.00	.341	8	3.87	1.36	.48	-.12	1.33	.61	.16	.703	-.20	.644
		4.09	1.14	.34									4.00	1.31	.46							

Fortsetzung Tabelle 50:

	N	M T1 / MT2	sT1 / sT2	s_eT1 / s_eT2	M Diff	s Diff	s_e Diff	rT1-T2	p r (2s)	t Diff	p (2s)	N	MT1 / MT3	sT1 / sT3	s_eT1 / s_eT3	M Diff	s Diff	s_e Diff	rT1-T3	p r (2s)	t Diff	p (2s)
HG1 Mißtr. geg. Ärzte u. Therap.	28	4.39	1.37	.25	-.14	.75	.14	.84	.000	-1.00	.326	23	4.35	1.37	.28	.04	1.26	.26	.55	.006	.17	.870
		4.53	1.29	.24									4.30	1.29	.27							
	17	4.70	1.31	.32	-.12	.85	.21	.79	.000	-.57	.579	15	4.60	1.35	.35	.13	.99	.26	.72	.002	.52	.610
		4.82	1.33	.32									4.47	1.30	.33							
	11	3.90	1.37	.41	-.18	.60	.18	.90	.000	-1.00	.341	8	3.87	1.36	.48	-.12	1.37	.61	.16	.703	-.20	.844
		4.09	1.14	.34									4.00	1.31	.46							
HG2 Risiko-vermeid.	28	3.61	.73	.14	.32	.72	.14	.34	.074	2.35	.026	23	3.60	.78	.16	.09	.79	.16	.45	.030	.53	.604
		3.28	.46	.09									3.52	.73	.15							
	17	3.88	.78	.19	.47	.87	.21	.13	.619	2.22	.041	15	3.87	.83	.21	.40	.63	.16	.66	.007	2.45	.028
		3.41	.51	.12									3.47	.64	.16							
	11	3.18	.40	.12	.09	.30	.09	.67	.024	1.00	.341	8	3.12	.35	.12	-.50	.76	.27	.61	.111	-1.87	.104
		3.09	.30	.09									3.62	.91	.32							
HG3 Beacht. v. Krankh. anz.	28	4.71	1.08	.17	.25	1.40	.26	.08	.691	.94	.355	23	4.65	1.07	.22	-.09	1.08	.23	.41	.050	-.38	.704
		4.53	1.14	.21									4.74	.97	.19							
	17	4.88	1.11	.27	.53	.80	.19	.77	.000	2.73	.015	15	4.80	1.14	.29	.07	.88	.23	.64	.010	.29	.774
		4.35	1.21	.29									4.73	.80	.21							
	11	4.45	1.04	.31	-.36	1.29	.39	.19	.580	-.94	.371	8	4.37	.90	.32	-.37	1.41	.49	.10	.813	-.75	.476
		4.82	.98	.30									4.75	1.16	.41							
HG 4 Mißtr. gegen eig. Körp.	28	4.79	.92	.17	-.61	.68	.13	.67	.000	-4.69	.000	23	4.70	.93	.19	-.22	1.04	.22	.35	.103	-1.00	.323
		5.39	.68	.13									4.92	.90	.19							
	17	4.88	.85	.21	-.59	.71	.17	.63	.006	-3.41	.004	15	4.80	.86	.22	-.13	1.12	.29	.24	.386	-.46	.653
		5.47	.80	.19									4.93	.96	.25							
	11	4.64	1.03	.31	-.64	.67	.20	.85	.001	-3.13	.011	8	4.50	1.07	.38	-.37	.92	.32	.56	.148	-1.16	.285
		5.27	.47	.14									4.87	.83	.29							
FPI																						
FP12 Aggr.	29	2.90	1.29	.24	-.41	2.37	.44	.32	.094	-.94	.355	22	3.04	1.40	.30	.32	1.76	.37	.24	.280	.85	.405
		3.31	2.43	.45									2.72	1.45	.31							
	18	3.11	1.49	.35	.44	2.09	.49	.35	.151	.90	.380	15	3.20	1.61	.41	.47	2.03	.52	.19	.496	.89	.388
		2.66	2.08	.49									2.73	1.58	.41							
	11	2.54	.82	.25	-1.82	2.18	.66	.72	.013	-2.76	.020	7	2.71	.76	.29	.00	1.00	.38	.60	.152	.00	1.000
		4.36	2.69	.81									2.71	1.25	.47							
FPI9 Offen.	29	8.44	3.05	.56	.27	2.39	.44	.68	.000	.62	.539	22	9.04	2.59	.55	-.32	2.17	.46	.55	.008	-.69	.499
		8.17	2.87	.53									9.36	1.62	.34							
	18	9.55	2.66	.63	1.28	1.99	.47	.69	.002	2.72	.015	15	9.40	2.77	.72	.20	2.14	.55	.64	.011	.36	.723
		8.28	2.32	.55									9.20	1.57	.40							
	11	6.63	2.87	.86	-1.36	2.11	.64	.82	.002	-2.14	.056	7	8.28	2.13	.80	-1.43	1.90	.72	.54	.206	-1.99	.094
		3.00	3.71	1.12									9.71	1.80	.68							

Fortsetzung Tabelle 50:

	N	MT1 MT2	sT1 sT2	s_eT1 s_eT2	M Diff	s Diff	s_e Diff	rT1-T2	p (2s)	r	t Diff	p (2s)	N	MT1 MT3	sT1 sT3	s_eT1 s_eT3	M Diff	s Diff	s_e Diff	rT1-T3	p (2s)	r	t Diff	p (2s)
FPIE Extrav.	29	4.62	2.62	.49	-.96	1.94	.36	.72	.000	-2.69	.012	22	4.68	2.57	.55	-1.27	2.35	.50	.56	.007	-2.54	.019		
		5.58	2.51	.47									5.95	2.42	.52									
	18	4.61	2.81	.66	-.83	2.09	.49	.71	.001	-1.69	.109	15	4.86	2.77	.72	-1.20	2.65	.68	.52	.049	-1.75	.101		
		5.44	2.66	.63									6.06	2.60	.67									
	11	4.63	2.32	.70	2.18	2.85	.86	.25	.448	2.53	.030	7	4.28	2.21	.83	-1.43	1.71	.65	.69	.087	-2.20	.068		
		5.81	2.36	.71									5.71	2.14	.81									
FPIN Em. Lab.	29	7.76	2.69	.50	1.41	2.82	.52	.46	.011	2.70	.012	22	8.45	2.68	.57	1.09	2.63	.56	.47	.028	1.94	.065		
		6.35	2.75	.51									7.36	2.40	.51									
	18	7.61	2.95	.70	2.00	2.87	.68	.52	.025	2.96	.009	15	8.13	2.97	.77	.73	2.71	.70	.54	.038	1.05	.313		
		5.61	2.93	.70									7.40	2.64	.68									
	11	8.00	2.32	.70	.45	2.58	.78	.30	.373	.58	.572	7	9.14	1.95	.74	1.86	2.48	.94	.20	.661	1.98	.085		
		7.54	2.02	.61									7.26	1.97	.74									
BPI1 Geh.	29	13.55	5.75	1.06	2.38	3.83	.71	.76	.000	3.35	.002													
		11.17	5.35	.99																				
	18	13.00	6.61	1.56	2.00	4.06	.96	.79	.000	2.09	.052													
		11.00	5.47	1.33																				
	11	14.45	4.11	1.24	3.00	3.52	1.06	.72	.012	2.83	.018													
		11.45	5.03	1.52																				
BPI2 Err.	29	13.93	5.07	.94	4.48	4.56	.85	.62	.000	5.29	.000													
		9.44	5.38	.99																				
	18	14.28	5.60	1.32	4.94	4.67	1.10	.64	.004	4.49	.000													
		9.33	5.42	1.28																				
	11	13.36	4.25	1.28	3.73	4.49	1.35	.61	.046	2.75	.021													
		9.64	5.57	1.68																				
BPI3 Nerv.	29	10.65	4.04	.75	2.79	4.20	.78	.47	.010	3.58	.001													
		7.86	4.12	.76																				
	18	10.50	4.49	1.06	2.61	4.27	1.01	.54	.021	2.59	.019													
		7.89	4.40	1.04																				
	11	10.91	3.39	1.02	3.09	4.28	1.29	.31	.361	2.40	.038													
		7.82	3.84	1.16																				
BPI4 Depr.	29	9.00	3.96	.74	2.07	3.02	.56	.69	.000	3.69	.001													
		6.93	3.68	.68																				
	18	8.44	4.38	1.03	2.61	3.16	.75	.69	.001	3.50	.003													
		5.83	4.35	.79																				
	11	9.90	3.15	.95	1.18	2.67	.81	.70	.017	1.46	.174													
		8.72	3.63	1.09																				
BPI5 Int.	29	4.69	3.21	.59	1.27	1.91	.35	.81	.000	3.60	.001													
		3.41	2.78	.52																				
	18	4.05	3.33	.79	1.44	2.01	.47	.80	.000	3.05	.007													
		2.61	2.52	.60																				
	11	5.72	2.83	.85	1.00	1.79	.54	.80	.003	1.85	.093													
		4.72	2.80	.84																				

Fortsetzung Tabelle 50:

	N	MT1 / MT2	sT1 / sT2	s_eT1 / s_eT2	M Diff	s Diff	s_e Diff	rT1-T2	p r (2s)	t Diff	p (2s)	N	MT1 / MT3	sT1 / sT3	s_eT1 / s_eT3	M Diff	s Diff	s_e Diff	r T1-T3	p r (2s)	t Diff	p (2s)
BPI6 Lüg.	29	1.76	1.40	.26	-.10	1.37	.25	.48	.009	-.41	.688											
		1.86	1.27	.24																		
	18	1.72	1.49	.35	-.05	1.43	.34	.49	.047	-.16	.871											
		1.77	1.35	.32																		
	11	1.81	1.33	.40	-.18	1.33	.40	.44	.170	-.45	.659											
		2.00	1.18	.36																		
FBL																						
FBL1 Allg.	27	27.30	5.93	1.14	8.30	6.72	1.29	.38	.058	6.42	.000	22	27.13	5.92	1.26	7.45	5.89	1.25	.42	.050	5.94	.000
		19.00	6.16	1.18									19.68	4.91	1.05							
	16	26.62	6.78	1.69	7.75	6.44	1.61	.49	.054	4.81	.000	14	25.71	6.76	1.80	6.92	5.86	1.57	.53	.049	4.42	.001
		18.87	5.94	1.49									18.78	4.93	1.32							
	11	28.27	4.54	1.37	9.09	7.34	2.21	.20	.554	4.11	.002	8	29.62	3.02	1.07	8.37	6.21	2.19	-.23	.583	3.82	.007
		19.18	6.75	2.03									21.25	4.77	1.69							
SES																						
SES1 Geh. St.	26	6.88	2.27	.44	-.46	2.81	.55	.18	.374	-.84	.411	22	6.77	2.37	.50	.59	2.75	.59	.13	.575	1.01	.326
		7.34	2.13	.42									6.18	1.74	.37							
	16	7.12	2.50	.62	-.06	2.43	.61	.38	.143	-.10	.920	14	7.21	2.66	.71	1.07	3.12	.83	.12	.673	1.28	.222
		7.18	1.72	.43									6.14	1.99	.53							
	10	6.50	1.90	.60	-1.10	3.38	1.07	-.02	.955	-1.03	.330	8	6.00	1.60	.57	-.25	1.83	.65	.21	.620	-.39	.711
		7.60	2.75	.87									6.25	1.28	.45							
SES2 Miß-st.	26	4.38	2.59	.50	.23	2.34	.46	.46	.021	.50	.619	22	4.36	2.59	.55	-1.63	2.44	.52	.55	.008	-3.14	.005
		4.15	1.59	.31									6.00	2.56	.55							
	16	4.62	2.82	.71	.56	2.06	.52	.71	.002	1.09	.293	14	4.85	2.95	.79	-1.57	2.93	.78	.48	.084	-2.01	.066
		4.06	1.46	.38									6.42	2.77	.73							
	10	4.00	2.62	.71	-.30	2.75	.87	.13	.720	-.34	.738	8	3.50	1.60	.57	-1.75	1.39	.49	.76	.030	-3.56	.009
		4.30	1.89	.60									5.25	2.12	.75							
SES3 Akt.	25	8.12	2.01	.40	.16	2.73	.55	.16	.442	.29	.772	21	8.09	1.97	.43	.23	2.62	.57	.06	.801	.42	.682
		7.96	2.01	.44									7.85	1.85	.40							
	15	8.60	1.96	.50	.53	2.90	.75	-.13	.654	.71	.448	13	8.61	2.10	.58	.53	2.82	.78	.03	.927	.69	.504
		8.07	1.91	.49									8.07	1.93	.54							
	10	7.40	1.95	.62	-.40	2.50	.79	.46	.182	-.51	.625	8	7.25	1.49	.53	-.25	2.37	.84	-.05	.899	-.30	.775
		7.80	2.70	.86									7.50	1.77	.63							
SES4 Gedr. St.	26	4.38	2.43	.48	.15	2.27	.45	.40	.045	.34	.733	21	4.29	2.43	.53	-.33	2.73	.59	.26	.245	-.56	.582
		4.23	1.39	.27									4.62	2.01	.44							
	15	4.46	2.45	.63	.67	2.44	.63	.23	.417	1.06	.308	13	4.69	2.56	.71	.00	2.80	.77	.21	.486	.00	1.000
		3.80	1.08	.28									4.69	1.80	.50							
	11	4.27	2.53	.65	-.54	1.92	.57	.65	.029	-.94	.367	8	3.62	2.20	.78	-.87	2.70	.95	.35	.396	-.92	.389
		4.81	1.60	.48									4.50	2.50	.88							
SES5 Trägh.	25	4.36	1.95	.39	-.56	2.36	.47	.34	.099	-1.18	.248	21	4.42	2.09	.46	.05	2.50	.54	-.04	.845	.09	.931
		4.88	1.30	.26									4.38	1.28	.28							
	15	4.53	2.29	.63	-.07	1.79	.46	.63	.012	-.14	.887	13	4.61	2.43	.67	.69	2.39	.66	.24	.435	1.04	.318
		4.60	1.30	.33									3.92	.95	.26							
	10	4.10	1.37	.43	-1.20	1.55	.49	.30	.392	-2.45	.037	8	4.12	1.46	.51	-1.00	2.45	.87	-.41	.311	-1.15	.286
		5.30	1.25	.40									5.12	1.46	.51							

	N	MT1 / MT2	sT1 / sT2	s_eT1 / s_eT2	M Diff	s Diff	s_e Diff	rT1-T2	p (2s)	t Diff	p (2s)	N	MT1 / MT3	sT1 / sT3	s_eT1 / s_eT3	M Diff	s Diff	s_e Diff	rT1-T3	p (2s)	t Diff	p (2s)
SES6 Müd.	25	6.44	2.48	.50	1.44	2.47	.49	.42	.037	2.92	.008	21	6.67	2.61	.57	.24	2.34	.51	.52	.016	.47	.607
		5.00	2.04	.42									6.43	2.06	.45							
	16	6.50	2.75	.69	1.81	2.59	.65	.47	.068	2.80	.013	14	6.57	2.92	.78	-.21	2.39	.64	.60	.024	-.34	.743
		4.68	2.15	.54									6.78	2.22	.59							
	9	6.33	2.06	.69	.78	2.24	.74	.34	.632	1.05	.325	7	6.85	2.03	.77	1.14	2.11	.80	.34	.452	1.43	.203
		5.55	1.81	.60									5.71	1.60	.61							
SES7 Ausg. St.	27	7.46	2.19	.43	.69	2.51	.49	.25	.219	1.41	.172	21	7.47	2.36	.51	.33	3.01	.66	-.13	.587	.51	.617
		6.76	1.88	.36									7.14	1.59	.35							
	15	8.13	2.03	.52	1.27	2.63	.68	-.02	.956	1.86	.083	13	8.23	2.17	.60	1.31	3.12	.86	-.32	.287	1.51	.157
		6.87	1.64	.43									6.92	1.66	.46							
	11	6.54	2.16	.65	-.09	2.21	.67	.50	.119	-.14	.894	8	6.25	2.25	.80	-1.25	2.12	.75	.42	.301	-1.67	.140
		6.63	2.25	.68									7.50	1.51	.53							
BFB																						
BFB1 Bel. i. Z. m. Ehe	25	10.52	3.78	.75	-.12	2.09	.42	.84	.000	-.29	.776	23	10.52	3.74	.78	-.39	2.48	.52	.77	.000	-.76	.458
		10.64	3.65	.73									10.91	3.51	.73							
	14	9.86	3.59	.96	-.07	2.02	.54	.83	.000	-.13	.897	15	10.06	3.88	1.00	-.53	2.77	.72	.73	.002	-.74	.469
		9.93	3.36	.90									10.60	3.68	.95							
	11	11.36	4.01	1.21	-.18	2.27	.68	.84	.001	-.27	.796	8	11.38	3.54	1.25	-.12	1.96	.69	.34	.009	-.18	.862
		11.54	3.95	1.19									11.50	3.34	1.18							
BFB2 Überford. Arb.	23	13.39	3.27	.68	-.65	3.31	.69	.56	.006	-.94	.355	23	12.96	3.94	.82	.48	2.69	.56	.75	.000	.85	.404
		14.04	3.71	.77									12.47	3.58	.75							
	13	13.15	2.15	.60	-.46	2.47	.68	.69	.009	-.67	.513	15	13.20	3.89	1.01	.47	2.59	.67	.78	.001	.70	.496
		13.61	3.40	.94									12.73	3.86	1.00							
	10	13.70	4.45	1.41	-.90	4.30	1.36	.50	.137	-.66	.525	8	12.50	4.24	1.50	.50	3.07	1.09	.69	.057	.46	.659
		14.60	4.20	1.33									12.00	3.16	1.12							
BFB3 Unzufr. Arb., Koll., Bez.	23	10.56	3.83	.76	.00	2.68	.53	.72	.000	.00	1.000	23	10.22	3.40	.71	.09	2.82	.59	.67	.001	.15	.884
		10.56	3.27	.65									10.13	3.52	.73							
	14	9.14	1.96	.52	-.64	3.00	.80	.04	.891	-.80	.437	15	9.47	2.42	.62	-.07	1.94	.50	.75	.001	-.13	.896
		9.78	2.36	.63									9.53	2.92	.75							
	11	12.36	4.86	1.47	.81	2.04	.61	.91	.000	1.33	.213	8	11.62	4.60	1.62	.37	4.17	1.47	.57	.137	.25	.807
		11.54	4.06	1.22									11.25	4.43	1.57							
BFB4 Bel. i. Z. m. Ki.	20	5.75	1.83	.41	-.20	1.20	.27	.76	.000	-.75	.464	20	5.45	1.93	.42	-.54	1.60	.36	.64	.002	-1.53	.142
		5.95	1.47	.33									5.99	1.83	.41							
	11	5.90	1.70	.51	.00	.63	.19	.95	.000	.00	1.000	13	5.38	2.02	.56	-.54	1.39	.39	.74	.004	-1.40	.188
		5.90	1.30	.39									5.92	1.75	.49							
	9	5.56	2.07	.69	-.44	1.67	.56	.63	.070	-.80	.447	7	5.57	1.90	.72	-.57	2.07	.78	.47	.283	-.73	.493
		6.00	1.73	.58									6.14	2.11	.80							

Fortsetzung Tabelle 50:

Mediz. Variabl.	N	MT1 / MT2	sT1 / sT2	s_eT1 / s_eT2	M Diff	s Diff	s_e Diff	rT1-T2	p r (2s)	t Diff	p (2s)	N	MT1 / MT3	sT1 / sT3	s_eT1 / s_eT3	M Diff	s Diff	s_e Diff	rT1-rT3	p r (2s)	t Diff	p (2s)
Körpergew.	29	73.41	14.17	2.63	1.72	2.79	.52	.98	.000	3.33	.002	23	72.43	11.65	2.43	2.74	5.71	1.19	.87	.000	2.30	.000
		71.69	12.60	2.34									69.69	9.71	2.02							
	18	78.39	13.22	3.12	2.11	3.27	.77	.97	.000	2.74	.014	15	75.60	9.64	2.49	2.07	5.85	1.51	.79	.000	1.37	.193
		76.28	11.44	2.70									73.53	7.77	2.01							
	11	65.27	12.17	3.67	1.09	1.70	.51	.99	.000	2.13	.059	8	66.50	13.38	4.73	4.00	5.60	1.98	.94	.000	2.02	.083
		64.18	11.05	3.33									62.50	9.19	3.25							
psR	22	129.77	14.34	3.05	6.59	10.95	2.33	.65	.001	2.82	.010											
		123.18	10.29	2.19																		
	16	130.10	15.90	3.60	8.00	4.10	1.80	.68	.008	2.92	.061											
		122.20	11.80	1.80																		
	6	123.90	11.30	3.66	1.70	3.60	1.04	.58	.180	2.74	.078											
		122.20	8.20	3.52																		
pdR	22	88.64	8.33	1.78	4.00	6.66	1.42	.64	.001	2.88	.009											
		84.54	7.06	1.50																		
	16	90.94	7.79	1.95	5.00	7.07	1.76	.52	.040	2.83	.013											
		85.94	6.38	1.59																		
	6	82.50	6.89	2.81	1.67	5.16	2.10	.77	.073	.79	.465											
		80.83	8.01	3.27																		
Puls	16	76.25	9.74	2.43	2.12	8.68	2.17	.58	.019	.98	.343											
		74.12	9.11	2.28																		
	11	74.54	10.77	3.25	4.18	8.60	2.59	.61	.047	1.61	.138											
		70.36	7.53	2.27																		
	5	80.00	6.32	2.83	-2.40	7.79	3.48	.28	.644	-.69	.529											
		82.40	6.69	2.99																		
Cholest.	14	296.29	38.94	10.41	53.28	43.37	11.59	.51	.065	4.60	.001											
		243.00	47.19	12.61																		
	9	296.78	47.19	15.73	53.11	38.22	12.74	.64	.062	4.17	.003											
		243.67	42.62	14.21																		
	5	295.40	21.69	9.70	53.60	56.50	25.27	.34	.579	2.12	.101											
		241.80	60.01	26.83																		

(Trigl., Harns., γ-GT und BKS nur für Gesamt- und Männergruppe, da zu kleines N für Frauengruppe)

Trigl.	7	287.14	103.67	39.18	146.28	111.81	42.26	.11	.809	3.46	.013											
		140.85	55.21	20.86																		
	6	107.77	107.77	43.95	169.00	103.29	42.17	.33	.527	4.01	.010											
		52.50	52.50	21.43																		
Harns.	7	7.35	1.23	.46	.61	.84	.31	.74	.055	1.94	.101											
		6.74	.75	.28																		
	6	7.73	.79	.32	.88	.48	.20	.80	.054	4.44	.007											
		6.85	.76	.31																		
γ-GT	7	59.71	19.05	7.20	25.86	15.24	5.76	.61	.148	4.49	.004											
		33.85	13.39	5.06																		
	6	61.50	21.14	10.57	23.50	17.40	8.70	.57	.428	2.70	.074											
		38.00	13.56	6.78																		

	N	MT1 MT2	sT1 sT2	s_eT1 s_eT2	M Diff	s Diff	s_e Diff	rT1-T2	p (2s)	r	t Diff	p (2s)	N	MT1 MT3	sT1 sT3	s_eT1 s_eT3	M Diff	s Diff	s_e Diff	rT1-T3	p (2s)	r	t Diff	p (2s)
BKS 1.St.	6	12.66 7.83	3.01 3.43	1.22 1.40	4.83	2.48	1.01	.71	.114		4.77	.005												
	5	13.60 9.00	2.19 2.12	.98 .94	4.60	2.70	1.20	.21	.728		3.81	.019												
BKS 2.St.	6	34.16 22.83	8.93 9.57	3.64 3.91	11.33	6.50	2.65	.75	.082		4.27	.008												
	5	36.00 25.80	8.63 6.97	3.86 3.12	10.20	6.57	2.93	.66	.222		3.47	.026												
Anamnest.-katamnest. Variabl.																								
Häufig. d. Krankm.													23	1.65 .17	1.15 .39	.24 .08	1.48	1.12	.23	.24	.263		6.31	.000
													15	1.60 .20	.83 .41	.21 .11	1.40	.63	.16	.66	.007		8.57	.000
													8	1.75 .12	1.67 .35	.59 .12	1.62	1.76	.62	-.18	.667		2.60	.035
Dauer d. Krankm. in Wo.													23	4.56 1.39	4.24 5.82	.88 1.21	3.17	5.80	1.20	.37	.082		2.63	.015
													15	3.80 2.00	3.17 7.20	.82 1.86	1.80	5.40	1.39	.71	.003		1.29	.218
													8	6.00 .25	5.73 .71	2.03 .25	5.75	5.97	2.11	-.28	.499		2.72	.030
Z. d. z. Erhol. gen. St./T.													23	1.91 2.00	1.62 1.09	.34 .23	-.09	1.62	.34	.33	.118		-.26	.799
													15	2.20 2.07	1.74 1.10	.45 .28	.13	1.68	.43	.36	.180		.31	.764
													8	1.37 1.87	1.30 1.13	.46 .40	-.50	1.51	.53	.23	.581		-.94	.381
Kaffee- bzw. Teekons./ T.													23	1.91 2.35	1.99 1.33	.42 .28	-.43	2.13	.44	.23	.284		-.98	.338
													15	2.13 1.87	2.23 1.30	.58 .34	.26	2.12	.54	.37	.168		.49	.634
													8	1.50 3.25	1.51 .89	.53 .31	-1.75	1.48	.52	.32	.440		-3.33	.013
Bierkons./ Wo.													22	3.50 2.64	3.00 2.38	.64 .51	.86	2.51	.53	.58	.004		1.61	.122
													14	4.57 3.57	2.74 2.34	.73 .63	1.00	2.48	.66	.53	.050		1.51	.155
													8	1.62 1.00	2.61 1.41	.92 .50	.62	2.72	.96	.19	.647		.65	.53
Weinkons./ Wo.													23	.91 .56	1.68 .73	.35 .15	.35	1.69	.35	.19	.382		.98	.336
													15	1.40 .66	1.92 .81	.49 .21	.73	1.98	.51	.14	.627		1.43	.174
													8	.00 .37	.00 .51	.00 .18	-.37	.51	.00	.00	.000		.58	.702

Fortsetzung Tabelle 50:

	N	MT1 / MT3	sT1 / sT3	s_eT1 / s_eT3	M Diff	s Diff	s_e Diff	rT1-T3	p (2s)	r	t Diff	p (2s)
Kons. hoch-proz. Getr. / Wo.	23	.96	1.46	.30	.78	1.48	.31	.14	.531	2.54	.019	
		.17	.49	.10								
	15	1.33	1.63	.42	1.20	1.52	.39	.41	.125	3.06	.009	
		.13	.35	.09								
	8	.25	.70	.25	.00	1.06	.37	-.14	.736	.00	1.000	
		.25	.70	.25								
Zigarett. / T.	5	10.60	4.93	2.20	-2.40	2.88	1.28	.90	.037	-1.86	.136	
		13.00	6.36	2.85								
Schlaf-tbl.	23	.52	1.27	.27	.26	.86	.18	.73	.000	1.45	.162	
		.26	.86	.18								
	15	.60	1.40	.36	.40	1.05	.27	.67	.006	1.47	.164	
		.20	.77	.20								
	8	.37	1.06	.37	.00	.00	.00	1.00	.000	.00	1.000	
		.37	1.06	.37								
Beruh.-tbl.	23	1.56	1.88	.39	.26	1.94	.40	.41	.053	.65	.525	
		1.30	1.66	.35								
	15	1.33	1.76	.45	.26	1.49	.38	.59	.020	.69	.499	
		1.07	1.49	.38								
	8	2.00	2.14	.76	.25	2.71	.95	.13	.750	.26	.802	
		1.75	1.98	.70								
Schmerz-tbl.	23	1.52	1.44	.30	.30	1.49	.31	.41	.047	.98	.338	
		1.22	1.31	.27								
	15	1.80	1.42	.37	.47	1.64	.42	.32	.240	1.10	.290	
		1.33	1.40	.36								
	8	1.00	1.41	.50	.00	1.19	.42	.59	.122	.00	1.000	
		1.00	1.19	.42								
Aufputsch-tbl.	22	.09	.43	.09	.00	.62	.13	-.04	.833	.00	1.000	
		.09	.43	.09								
	14	.14	.53	.14	.78	.21	-.07	.79	.794	.00	1.000	
		.14	.53	.14								
Abführ-tbl.	22	.59	1.33	.28	.23	1.77	.38	-.17	.430	.60	.554	
		.36	.95	.20								
	14	.78	1.58	.42	.57	1.86	.50	-.14	.625	1.14	.273	
		.21	.80	.21								
	8	.25	.70	.25	-.37	1.50	.53	-.21	.613	-.70	.504	
		.62	1.18	.42								
Sonst. Medik.	21	1.24	1.76	.38	-.05	2.06	.45	.25	.262	-.11	.917	
		1.29	1.62	.35								
	13	1.46	1.94	.54	.23	2.42	.67	.11	.703	.34	.737	
		1.23	1.69	.47								
	8	.87	1.46	.51	-.50	1.30	.46	.63	.090	-1.08	.316	
		1.37	1.60	.56								

Tab. 51: t-Test für abhängige Stichproben zur Prüfung des Mittelwertunterschiedes in den metrischen Variablen der gesamten Stichprobe der Gruppe der zusätzlich psychologisch behandelten LVA-Kurpatienten, aufgeteilt nach der Untergruppe mit überwiegend klientzentrierter Behandlung und der zusammengefaßten Untergruppe mit kombinierter und überwiegend verhaltenstherapeutischer Behandlung (Darstellung der Werte jeweils untereinander in dieser Reihenfolge) zwischen Kuranfang (T1) und Kurende (T2; bei den mediz. Variabl. Cholesterin, Triglyceride, Harnsäure, γ-GT und BKS entspricht "T2" einem gegen Ende der ersten Kurhälfte angesetzten Nachprüfungstermin für Patienten mit erhöhten Werten an T1) sowie zwischen T1 und Halbjahreskatamnese (T3). Darstellung von Stichprobenumfang (N), Mittelwert (M), Standardabweichung (s), Standardfehler (s_e) für Variablen und Differenzen (Diff) zwischen T1 und T2, T1 und T3, Korrelationen (Stabilitätskoeffizienten) zwischen den Variablenausprägungen an jeweils zwei Terminen (r), p-Wert für r (p r, zweiseitig), t-Wert für Differenz (t Diff) und p-Wert für Differenz (p). Beschränkung der Kennwerte auf jeweils an zwei Terminen vorliegendes N. Anordnung T1 - T2 links, T1 - T3 rechts (Werte pro Termin jeweils untereinander)

	N	MT1 MT2	sT1 sT2	s_eT1 s_eT2	M Diff	s Diff	s_e Diff	rT1- T2	p r (2s)	t Diff	p (2s)	N	MT1 MT3	sT1 sT3	s_eT1 s_eT3	M Diff	s Diff	s_e Diff	rT1- T3	p r (2s)	t Diff	p (2s)
Psychol. Fragebogen																						
KKB																						
KKB1 Seel., psychosoz. Probl., Ps.-Th.	16	20.25 19.81	3.99 3.19	.99 .79	.44	2.90	.72	.69	.003	.60	.555	12	20.92 19.25	4.03 4.84	1.16 1.39	1.67	4.72	1.36	.45	.144	1.22	.246
	11	16.91 17.00	5.45 4.31	1.64 1.30	-.09	5.32	1.60	.43	.192	-.06	.956	10	16.30 17.10	5.79 3.51	1.81 1.11	-.30	6.55	2.07	.06	.877	-.14	.888
KKB2 Streß und Schon.	16	11.31 9.87	1.49 2.12	.37 .53	1.43	2.19	.55	.31	.247	2.63	.019	12	11.67 9.25	1.43 2.18	.41 .63	2.42	2.43	.70	.14	.652	3.45	.005
	11	11.18 8.81	2.18 1.72	.66 .52	2.36	2.06	.62	.46	.152	3.80	.003	10	11.00 9.30	2.21 1.49	.70 .47	1.70	2.21	.70	.34	.342	2.43	.038
KKB3 Körperleid. u. Org.-Med.	17	11.75 9.37	2.26 3.38	.56 .84	2.37	4.06	1.01	.00	.987	2.34	.034	12	11.25 9.66	1.54 3.33	.44 .96	1.58	3.72	1.07	-.03	.913	1.47	.169
	10	10.80 9.80	2.39 2.73	.76 .88	1.00	3.92	1.24	-.14	.699	.81	.440	9	10.67 10.22	2.50 3.83	.83 1.20	.44	5.20	1.73	-.32	.405	.26	.804
KKB4 Bel. u. unbefr. Arb. Sit., H. z. Zufr.	16	6.56 5.69	1.75 2.41	.44 .60	.87	2.09	.52	.53	.033	1.67	.115	12	6.33 5.67	1.67 1.72	.48 .50	.65	2.02	.58	.29	.352	1.15	.276
	11	5.73 5.36	1.62 1.63	.49 .49	.36	2.29	.69	.00	.992	.53	.610	10	5.60 5.90	1.65 1.85	.52 .59	-.30	1.77	.56	.49	.145	-.54	.604
HG																						
HG1 Mißtr. geg. Ärzte u. Therap.	17	4.12 4.48	1.36 1.32	.33 .32	-.35	.70	.17	.86	.000	-2.07	.055	13	4.00 4.31	1.29 1.32	.35 .36	-.31	1.37	.38	.44	.131	-.81	.436
	11	4.81 4.63	1.33 1.29	.40 .39	.18	.75	.23	.83	.001	.80	.441	10	4.80 4.30	1.40 1.34	.44 .42	.50	.97	.31	.75	.013	1.63	.138
HG2 Risikovermeid.	17	3.52 3.30	.62 .47	.15 .11	.23	.75	.18	.07	.774	1.29	.216	13	3.54 3.54	.66 .77	.18 .21	.00	.91	.25	.20	.512	.00	1.000
	11	3.72 3.28	.91 .47	.27 .14	.45	.69	.21	.66	.025	2.19	.053	10	3.70 3.50	.95 .71	.30 .22	.20	.63	.20	.74	.013	1.00	.343
HG3 Beacht. v. Krankh.-anz.	17	4.70 4.58	1.21 1.12	.29 .27	.11	1.16	.28	.50	.040	.42	.683	13	4.61 4.61	1.19 .96	.33 .26	.00	1.21	.34	.37	.215	.00	1.000
	11	4.73 4.45	.91 1.21	.27 .37	.27	1.01	.30	.58	.061	.90	.391	10	4.70 4.90	.95 .88	.30 .28	-.20	.92	.29	.49	.146	-.69	.509
HG4 Mißtr. geg. eig. Körp.	17	4.71 5.35	.99 .79	.24 .19	-.65	.70	.17	.70	.001	-3.80	.002	13	4.54 5.08	.97 .86	.27 .24	-.54	.78	.22	.64	.017	-2.50	.028
	11	4.91 5.45	.83 .52	.25 .16	-.55	.69	.21	.56	.071	-2.63	.025	10	4.90 4.70	.88 .95	.28 .30	.20	1.21	.39	.09	.797	.51	.619

Fortsetzung Tabelle 51:

	N	MT1 MT2	sT1 sT2	s_eT1 s_eT2	M Diff	s Diff	s_e Diff	rT1-T2	p r (2s)	t Diff	p (2s)	N	MT1 MT2	sT1 sT3	s_eT1 s_eT3	M Diff	s Diff	s_e Diff	rT1-T3	p r (2s)	t Diff	p (2s)
FPI																						
FPI2 Aggr.	17	2.94 3.53	1.48 2.48	.36 .60	-.59	2.58	.63	.23	.373	-.94	.360	12	3.17 2.25	1.64 1.06	.47 .31	.92	1.31	.38	.60	.038	2.42	.034
	12	2.83 3.00	1.03 2.45	.30 .71	-.17	2.13	.61	.50	.094	-.27	.791	10	2.90 3.30	1.10 1.70	.35 .54	-.40	2.01	.64	.02	.961	-.63	.545
FPI9 Offen.	17	8.18 8.06	3.43 3.09	.83 .75	.12	2.69	.65	.66	.004	.18	.859	12	9.58 9.67	2.75 1.97	.79 .57	-.08	2.11	.61	.64	.024	-.14	.894
	12	8.83 8.33	2.52 2.64	.73 .76	.50	1.98	.57	.70	.010	.88	.400	10	8.40 9.00	2.37 1.05	.75 .33	-.60	2.32	.73	.26	.455	-.82	.434
FPIE Extrav.	17	5.06 5.32	2.28 2.63	.55 .64	-.76	1.75	.43	.75	.000	-1.80	.091	12	4.82 5.42	2.17 2.19	.63 .63	-.58	1.88	.54	.63	.029	-1.07	.306
	12	4.00 5.25	3.05 2.42	.88 .70	-1.25	2.22	.64	.69	.013	-1.95	.077	10	4.50 6.60	3.10 2.63	.98 .83	-2.10	2.69	.85	.57	.084	-2.47	.035
FPIN Em. Lab.	17	8.18 6.65	2.46 2.12	.60 .51	1.53	2.81	.68	.25	.327	2.25	.039	12	9.17 7.67	2.13 2.90	.61 .84	1.50	2.11	.61	.69	.013	2.46	.032
	12	7.17 5.92	3.01 3.53	.87 1.02	1.25	2.96	.85	.60	.039	1.46	.171	10	7.60 7.00	3.13 1.70	.99 .54	.60	3.20	1.01	.23	.524	.59	.568
BPI																						
BPI1 Geh.	17	13.65 11.12	5.50 5.61	1.33 1.36	2.53	4.35	1.05	.69	.002	2.40	.029											
	12	13.42 11.25	6.35 5.15	1.83 1.49	2.17	3.13	.90	.87	.000	2.40	.035											
BPI2 Err.	17	15.12 10.00	4.46 4.68	1.08 1.13	5.12	5.07	1.23	.38	.128	4.16	.001											
	12	12.25 8.67	5.59 6.39	1.62 1.84	3.58	3.75	1.08	.81	.001	3.31	.007											
BPI3 Nerv.	17	10.82 7.41	3.63 3.74	.88 .91	3.41	3.87	.94	.45	.072	3.63	.002											
	12	10.42 8.50	4.74 4.72	1.37 1.36	1.92	4.66	1.35	.51	.087	1.42	.032											
BPI4 Depr.	17	9.94 7.06	3.49 3.65	.85 .89	2.88	2.80	.68	.69	.002	4.24	.001											
	12	7.67 6.75	4.36 3.89	1.26 1.12	.92	3.06	.88	.73	.007	1.04	.321											
BPI5 Int.	17	5.06 3.82	3.46 2.36	.84 .69	1.24	1.09	.27	.96	.000	4.67	.000											
	12	4.17 2.83	2.89 2.69	.83 .78	1.33	2.74	.79	.52	.084	1.68	.120											
BPI6 Lüg.	17	1.71 1.71	1.45 1.16	.35 .28	.00	1.32	.32	.50	.039	.00	1.000											
	12	1.83 2.08	1.40 1.44	.41 .42	-.25	1.49	.43	.45	.136	-.58	.571											

Fortsetzung Tabelle 51:

	N	MT1 MT2	sT1 sT2	s_eT1 s_eT2	M Diff	s Diff	s_e Diff	rT1-T2	p (2s)	t Diff	p (2s)	N	MT1 MT3	sT1 sT3	s_eT1 s_eT3	M Diff	s Diff	s_e Diff	rT1-rT3	p (2s)	t Diff	p (2s)
FBL																						
FBL1 Allg.	16	27.43 19.06	5.84 6.42	1.46 1.60	8.37	6.73	1.68	.40	.124	4.98	.000	13	26.91 18.38	4.98 4.33	1.50 1.20	8.53	5.98	1.32	.42	.145	4.80	.000
	11	27.09 18.90	6.33 6.05	1.90 1.82	8.18	7.02	2.11	.35	.280	3.86	.003	10	26.70 21.30	5.30 5.10	2.72 1.61	5.40	7.21	.09	.15	.665	2.72	.051
SES																						
SES1 Geh. St.	16	6.87 7.37	2.39 2.52	.59 .63	-.50	3.20	.80	.15	.575	-.62	.542	13	6.61 5.69	2.50 1.54	.69 .42	.92	2.78	.77	.11	.702	1.20	.255
	10	6.90 7.30	2.18 1.41	.69 .44	-.40	2.22	.70	.30	.403	-.57	.583	9	7.00 6.88	2.29 1.83	.76 .61	.11	2.80	.93	.08	.819	.12	.908
SES2 Miß-St.	16	5.00 4.12	3.12 1.74	.78 .43	.87	2.52	.63	.59	.017	1.39	.186	13	5.00 6.00	3.18 2.51	.88 .69	-1.00	2.27	.63	.70	.007	-1.59	.139
	10	3.40 4.20	.84 1.39	.26 .44	-.80	1.61	.51	.02	.959	-1.56	.153	9	3.44 6.00	.88 2.78	.29 .92	-2.56	.28	.83	.45	.215	-3.06	.016
SES3 Akt.	16	7.93 7.75	2.23 2.56	.55 .64	.18	3.29	.82	.06	.806	.23	.823	13	7.92 7.84	2.17 2.26	.60 .62	.08	3.27	.90	-.08	.778	.08	.934
	9	8.44 8.33	1.59 1.41	.53 .47	.11	1.45	.48	.53	.136	.23	.824	8	8.37 7.87	1.68 .99	.59 .35	.50	1.06	.37	.80	.017	1.32	.227
SES4 Gedr. St.	17	5.11 4.35	2.64 1.45	.64 .35	.76	2.43	.59	.41	.101	1.29	.214	13	5.07 4.92	2.69 2.01	.74 .56	.15	2.99	.83	.21	.479	.19	.856
	9	3.00 4.00	1.11 1.32	.37 .44	-1.00	1.41	.47	.33	.374	-2.12	.067	8	3.00 4.12	1.19 2.10	.42 .74	.12	2.16	.76	.22	.588	-1.47	.185
SES5 Trägh.	16	4.50 4.75	2.30 1.43	.57 .35	-.25	1.94	.48	.54	.030	-.51	.615	13	4.53 4.76	2.53 1.30	.70 .36	.23	3.00	.83	.13	.658	-.28	.737
	9	4.11 5.11	1.16 1.05	.38 .35	-1.00	1.32	.44	.29	.443	-2.27	.053	8	4.25 3.75	1.16 1.03	.41 .36	.50	1.41	.50	.17	.674	1.00	.351
SES6 Müd.	16	6.37 4.93	2.50 2.32	.62 .58	1.44	1.71	.42	.75	.001	3.36	.004	13	6.76 6.61	2.61 2.32	.72 .64	.15	2.54	.70	.47	.100	.22	.831
	8	6.50 6.12	2.77 1.64	.98 .58	.37	2.13	.75	.64	.086	.50	.634	9	6.55 5.11	2.60 1.53	.86 .51	1.44	3.57	1.19	-.45	.219	1.21	.260
SES7 Ausg. St.	17	7.70 6.64	2.39 2.14	.58 .52	1.06	2.79	.67	.24	.341	1.56	.138	13	7.76 7.23	2.61 1.78	.72 .49	.53	3.66	1.01	-.36	.225	.53	.606
	9	7.00 7.00	1.80 1.32	.60 .44	.00	1.80	.60	.36	.331	.00	1.000	8	7.00 7.00	1.92 1.30	.68 .46	.00	1.60	.56	.56	.143	.00	1.000
BFB																						
BFB1 Bel. i. Z. m. Ehe	16	10.62 10.93	3.81 3.82	.95 .95	-.31	2.18	.54	.83	.000	-.57	.575	13	10.92 11.53	3.77 3.88	1.04 1.07	-.61	.96	.26	.96	.000	-2.31	.040
	9	10.33 10.11	3.93 3.48	1.31 1.16	.22	1.98	.66	.86	.003	.34	.746	10	10.00 10.10	3.33 2.96	1.21 .93	-.10	2.16	1.16	.43	.213	-.09	.934
BFB2 Überford. Arb.	14	14.14 14.57	3.71 4.12	.99 1.10	-.42	3.65	.97	.57	.033	-.44	.668	13	13.76 13.15	4.74 4.18	1.31 1.15	.61	2.96	.82	.78	.001	.75	.468
	9	12.22 13.22	2.10 2.99	.70 .99	-1.00	2.87	.95	.40	.276	-1.04	.327	10	11.90 11.60	2.37 2.54	.73 .80	.30	2.45	.77	.50	.125	.39	.708

Fortsetzung Tabelle 51:

	N	MT1 / MT2	sT1 / sT2	s_eT1 / s_eT2	M Diff	s Diff	s_e Diff	rT1-T2	p (2s)	r	t Diff	p (2s)	N	MT1 / MT3	sT1 / sT3	s_eT1 / s_eT3	M Diff	s Diff	s_e Diff	rT1-T3	p (2s)	r	t Diff	p (2s)
BFB3 Unzufr. Arb. Koll. Bez.	16	11.43	4.13	1.03	.75	1.91	.47	.88	.000		1.57	.138	13	10.61	3.64	1.01	.08	3.01	.83	.70	.007		.09	.928
		10.68	3.47	.86										10.53	4.13	1.14								
	9	9.00	2.73	.91	-1.33	3.39	1.13	.31	.409		-1.18	.272	10	9.70	3.16	1.00	.10	.72	.86	.57	.085		.12	.910
		10.33	3.04	1.01										9.60	2.63	.83								
BFB4 Bel. i. Z. m. Ki.	13	5.76	2.12	.59	-.08	1.25	.34	.80	.001		-.22	.829	11	5.81	2.04	.61	-.37	1.74	.52	.70	.016		-.69	.506
		5.84	1.81	.50										6.18	2.40	.72								
	7	5.71	1.25	.47	.43	1.13	.42	.45	.308		-1.00	.356	9	5.00	1.80	.60	-.77	1.48	.49	.58	.100		-1.58	.154
		6.14	.37	.14										5.77	.83	.27								
Mediz. Variabl.																								
Körpergew.	17	66.64	9.33	2.26	.52	1.73	.42	.98	.000		1.26	.227	13	67.46	9.69	2.68	-.15	2.70	.75	.96	.000		-.21	.841
		66.11	9.08	2.20										67.61	10.07	2.79								
	12	83.00	14.61	4.21	3.41	3.17	.91	.98	.000		3.73	.003	10	78.90	11.16	3.52	6.50	6.50	2.05	.81	.004		3.16	.012
		79.58	12.95	3.74										72.40	8.98	2.84								
psR	12	127.50	7.23	2.08	6.25	8.01	2.31	.49	.101		2.70	.021												
		121.25	8.56	2.47																				
	10	132.50	20.03	6.33	7.00	14.18	4.48	.71	.020		1.56	.153												
		125.50	12.12	3.83																				
pdR	12	87.08	6.20	1.79	2.08	4.98	1.43	.65	.022		1.45	.175												
		85.00	5.64	1.62																				
	10	90.50	10.39	3.28	6.50	7.83	2.47	.67	.031		2.62	.028												
		84.00	8.75	2.76																				
Puls	8	78.00	13.00	4.59	1.50	6.39	2.26	.89	.003		.66	.528												
		76.50	8.92	3.15																				
	8	74.50	5.21	1.84	2.75	10.95	3.87	.08	.850		.71	.501												
		71.75	9.22	3.26																				
Cholest.	9	291.00	31.79	10.59	46.66	48.07	6.02	.34	.360		2.91	.020												
		244.33	48.75	16.25																				
	5	305.80	52.24	23.36	65.20	34.88	15.60	.76	.130		4.18	.014												
		240.60	49.71	22.23																				

(Bei Trigl., Harns. γ-GT und BKS zu kleine N)

Fortsetzung zu Tabelle 51:

	N	M T1 MT3	sT1 sT3	s_eT1 s_eT3	M Diff	s Diff	s_e Diff	rT1-T3	p r (2s)	t Diff	p (2s)
Anamnest.-katamnest. Variablen											
Häufigk. d. Krankm.	13	5.15	4.52	.25							
		.07	.28	.08	5.07	4.57	1.26	-.14	.641	4.00	.002
	10	3.80	3.94	.24							
		3.10	8.77	.77	.70	6.50	2.50	.72	.017	.34	.741
Dauer d. Krankm. in Wo.	13	1.84	1.28	.35							
		.07	.28	.07	1.76	1.30	.36	.03	.907	4.90	.000
	10	1.40	.96	.30							
		.30	.48	.15	1.10	.73	.23	.66	.035	4.71	.001
Z. d. z. Erhol. gen. St./T.	13	1.69	1.49	.41							
		2.00	1.22	.34	-.31	1.79	.49	.13	.656	-.62	.549
	10	2.20	1.81	.57							
		2.00	.94	.29	-.20	1.39	.44	.65	.042	.45	.662
Kaffee- bzw. Tee-kons./Wo.	13	2.07	2.43	.67							
		2.23	1.48	.41	-.15	2.54	.70	.22	.457	-.22	.831
	10	1.70	1.33	.42							
		2.50	1.17	.37	-.80	1.47	.46	.31	.372	-1.71	.121
Bier-kons/ Wo.	13	3.30	3.11	.86							
		2.84	2.51	.69	.46	2.43	.67	.64	.017	.68	.508
	9	3.77	2.99	.99							
		2.33	2.29	.76	1.44	2.63	.88	.52	.149	1.63	.141
Wein-kons./ Wo.	13	.76	1.96	.54							
		.46	.66	.18	.30	1.88	.52	.28	.351	.59	.568
	10	1.10	1.28	.40							
		.70	.82	.26	.40	1.50	.47	.03	.931	.84	.423
Kons. hochproz. Getr./Wo.	13	.46	.87	.24							
		.23	.59	.16	.23	1.01	.28	.09	.751	.82	.427
	10	1.60	1.83	.58							
		.10	.31	.10	1.50	1.71	.54	.45	.182	2.76	.022
(Zigarett. zu kleines N)											
Schlaf-tbl.	13	.53	1.33	.36							
		.46	1.12	.31	.07	.27	.07	.98	.000	1.00	.337
	10	.50	1.26	.40							
					.50	1.26	.40			1.25	.244
Beruh.-tbl.	13	1.69	1.93	.53							
		.15	1.57	.43	.53	2.22	.61	.20	.493	.87	.399
	10	1.40	1.89	.60							
		1.50	1.84	.58	-.10	1.52	.48	.66	.035	-.21	.840

Fortsetzung Tabelle 51:

	N	MT1 MT3	sT1 sT3	s_eT1 s_eT3	M Diff	s Diff	s_e Diff	rT1-T3	p r (2s)	t Diff	p (2s)
Schmerz-tbl.	13	1.61 1.30	1.60 1.25	.44 .34	.30	1.65	.45	.35	.236	.67	.515
	10	1.40 1.10	1.26 1.44	.40 .45	.30	1.33	.42	.52	.122	.71	.496
Aufputsch-tbl.	12	.00 .16	.00 .57	.00 .16	-.16	.57	.16			-1.00	.339
	10	.20 .00	.63 .00	.20 .00	.20	.63	.20			1.00	.343
Abführ-tbl.	12	.50 .66	1.24 1.23	.35 .35	-.16	1.94	.56	-.23	.457	-.30	.772
	10	.70 .00	1.49 .00	.47 .00	.70	1.49	.47			1.48	.173
Sonst. Medik.	13	1.00 1.46	1.63 1.50	.45 .41	-.46	2.33	.64	-.10	.741	-.71	.489
	8	1.62 1.00	1.99 1.85	.70 .65	.62	1.40	.49	.73	.038	1.26	.250

Tab. 52: t-Test für abhängige Stichproben zur Prüfung des Mittelwertunterschiedes in den metrischen Variablen der gesamten Stichprobe der nach Geschlecht, Altersgruppe, familiärem und beruflichem Status, Lebensereignissen, Kurwiederholung, Hauptdiagnose und Belastungsrating im Psycholog. Interview parallelisierten Gruppe nicht zusätzlich psychologisch behandelter LVA-Kurpatienten (im Vergleich zur Gruppe der zusätzlich psychologisch behandelten LVA-Kurpatienten) zwischen Kuranfang (T1) und Kurende (T2; bei den mediz. Variabl. Cholesterin, Triglyceride, Harnsäure, γ-GT und BKS entspricht "T2" einem gegen Ende der ersten Kurhälfte angesetzten Nachprüfungstermin für Patienten mit erhöhten Werten an T1) sowie zwischen T1 und Halbjahreskatamnese (T3). Darstellung von Stichprobenumfang (N), Mittelwert (M), Standardabweichung (s), Standardfehler (s_e) für Variablen und Differenzen (Diff) zwischen T1 und T2, T1 und T3, Korrelationen (Stabilitätskoeffizienten) zwischen den Variablenausprägungen an jeweils zwei Terminen (r), p-Wert für r (p r, zweiseitig), t-Wert für Differenz (t Diff) und p-Wert für Differenz (p). Beschränkung der Kennwerte auf jeweils an zwei Terminen vorliegendes N. Anordnung T1 - T2 links, T1 - T3 rechts (Werte pro Termin jeweils untereinander).

	N	MT1 MT2	sT1 sT2	s_eT1 s_eT2	M Diff	s Diff	s_e Diff	rT1-T2	p r (2s)	t Diff	p (2s)	N	MT1 MT3	sT1 sT3	s_eT1 s_eT3	M Diff	s Diff	s_e Diff	rT1-T3	p r (2s)	t Diff	p (2s)
Psychol. Fragebogen																						
KKB																						
KKB1 Seel. psychosoz. Probl., Ps. Th.	27	15.59 14.85	5.51 6.00	1.06 1.16	.74	3.61	.69	.81	.000	1.07	.296	20	15.10 16.60	5.38 6.05	1.20 1.35	-1.50	3.39	.76	.83	.000	-1.98	.063
KKB2 Streß und Schon.	27	12.00 10.59	2.54 2.36	.49 .45	1.41	2.29	.44	.57	.002	3.19	.004	20	12.10 10.35	2.29 2.58	.51 .58	1.75	2.77	.62	.36	.121	2.83	.011
KKB3 Körperleid. u. Org.-Med.	27	10.66 9.18	2.57 1.96	.49 .38	1.48	2.65	.51	.34	.082	2.90	.007	20	10.50 9.85	2.65 3.57	.59 .80	.65	3.62	.81	.35	.128	.80	.432
KKB4 Bel. u. unbefr. Arb. Sit., H. z. Zufr.	27	6.78 5.70	2.19 1.86	.42 .36	1.07	2.09	.40	.47	.012	2.67	.013	20	6.70 7.15	2.03 1.95	.45 .44	-.45	2.48	.55	.22	.348	-.81	.427
HG																						
HG1 Mißtr. geg. Ärzte u. Therap.	28	3.64 3.93	1.19 1.21	.22 .23	-.29	1.24	.23	.47	.012	-1.22	.234	21	3.48 4.24	1.16 1.09	.25 .24	-.76	1.45	.32	.18	.431	-2.41	.025
HG2 Risikovermeid.	28	3.61 3.39	.73 .87	.14 .16	.21	.96	.18	.30	.114	1.19	.246	21	3.62 3.67	.74 .73	.16 .16	-.05	.80	.18	.40	.072	-.27	.789
HG3 Beacht. v. Krankh.-anz.	28	4.43 4.29	1.10 1.05	.21 .20	.14	1.28	.23	.37	.052	.63	.537	21	4.33 4.19	1.02 1.03	.22 .22	.14	1.01	.22	.51	.018	.65	.526
HG4 Mißtr. geg. eig. Körp.	27	5.04 5.15	1.16 .99	.22 .19	-.11	1.05	.20	.53	.004	-.55	.587	21	5.09 4.81	1.14 1.08	.25 .23	.28	1.06	.23	.55	.010	1.24	.229
FPI																						
FPI2 Aggr.	29	2.90 3.03	2.04 2.31	.38 .43	-.14	1.68	.31	.71	.000	-.44	.663	21	3.05 2.76	1.80 1.55	.39 .34	.29	1.74	.38	.47	.031	.75	.663
FPI9 Offen.	29	7.97 7.65	2.43 2.55	.45 .47	.31	1.87	.35	.72	.000	.89	.380	21	7.81 7.19	2.44 2.27	.53 .50	.62	1.96	.43	.66	.001	1.45	.164
FPIE Extrav.	29	4.96 4.83	2.65 2.75	.49 .51	.14	1.68	.31	.81	.000	.44	.663	21	4.95 4.62	2.85 3.15	.63 .69	.33	1.85	.40	.81	.000	.82	.419
FPIN Em. Lab.	29	5.65 5.51	3.23 3.56	.60 .66	.14	2.98	.55	.62	.000	.25	.805	21	5.57 6.95	3.03 3.14	.66 .68	-1.38	2.46	.54	.68	.001	-2.57	.018

Fortsetzung Tabelle 52:

	N	MT1 MT2	sT1 sT2	s_eT1 s_eT2	M Diff	s Diff	s_e Diff	rT1-T2	p r (2s)	t Diff	p (2s)	N	MT1 MT3	sT1 sT3	s_eT1 s_eT3	M Diff	s Diff	s_e Diff	rT1-T3	p r (2s)	t Diff	p (2s)
BPI1		11.34	7.87	1.46																		
Geh.	29				.93	2.93	.54	.94	.000	1.71	.098											
		10.41	8.75	1.63																		
BPI2		9.83	5.93	1.10																		
Err.	29				.66	4.05	.75	.80	.000	.87	.391											
		9.17	6.65	1.23																		
BPI3		9.14	5.08	.94																		
Nerv.	29				.45	2.51	.47	.90	.000	.96	.345											
		8.69	5.84	1.08																		
BPI4		6.48	3.35	.62																		
Depr.	29				.38	3.03	.56	.74	.000	.67	.506											
		6.10	4.48	.83																		
BPI5		2.93	3.10	.58																		
Int.	29				.69	2.19	.41	.72	.000	1.70	.101											
		2.24	2.65	.49																		
BPI6		2.24	1.68	.31																		
Lüg.	29				-.38	1.35	.25	.70	.000	-1.52	.141											
		2.62	1.78	.33																		
FBL																						
FBL1		28.36	6.86	1.30									28.90	6.40	1.43							
Allg.	28				7.57	6.43	1.22	.72	.000	6.22	.000	20				4.85	6.39	1.43	.67	.001	3.39	.003
		20.79	8.26	1.75									24.05	8.55	1.91							
SES																						
SES1		7.11	1.95	.37									6.68	1.73	.40							
Geh. St.	27				-.93	2.37	.46	.55	.003	-2.03	.053	20				-.26	2.45	.56	.34	.153	-.47	.645
		8.03	2.79	.54									6.95	2.41	.55							
SES2		3.70	1.32	.25									3.47	1.26	.29							
Mißst.	27				-.44	1.40	.27	.57	.002	-1.65	.110	20				-1.68	2.26	.52	.06	.813	-3.25	.004
		4.15	1.63	.31									5.16	1.95	.45							
SES3		7.18	2.62	.50									6.58	2.85	.65							
Akt.	27				-.81	2.23	.43	.57	.002	-1.89	.070	20				-.84	3.11	.71	.30	.213	-1.18	.254
		8.00	2.13	.41									7.42	2.36	.54							
SES4		4.22	1.64	.32									4.16	1.67	.38							
Gedr. St.	27				.26	1.37	.26	.59	.001	.98	.336	20				-1.21	2.82	.64	.03	.912	-1.87	.078
		3.96	1.34	.26									5.37	2.31	.53							
SES5		4.15	1.38	.26									4.05	1.35	.31							
Trägh.	27				-.18	1.52	.29	.46	.015	-.63	.532	20				-.21	2.15	.49	.09	.727	-.43	.674
		4.33	1.54	.30									4.26	1.79	.41							
SES6		6.70	2.09	.40									6.42	2.09	.48							
Müd.	27				1.78	2.14	.41	.43	.023	4.32	.000	20				-.58	2.79	.64	.31	.202	- .90	.379
		4.93	1.92	.37									7.00	2.60	.60							
SES7		7.41	2.04	.39									7.37	2.17	.49							
Ausg. St.	27				-.60	2.32	.45	.51	.006	-1.32	.197	20				.00	1.97	.45	.57	.012	.00	1.00
		8.00	2.57	.49									7.37	2.06	.47							
BFB																						
BFB1 Bel.		10.00	4.38	.90									10.57	4.88	1.07							
i. Z. m. Ehe	24				.00	3.01	.61	.79	.000	.00	1.00	21				-1.33	3.07	.67	.87	.000	-1.99	.061
		10.00	4.80	.98									11.90	6.15	1.34							
BFB2		13.17	4.10	.84									13.76	4.02	.88							
Überford.	24				-.71	3.39	.69	.66	.000	-1.02	.317	21				-.09	4.58	1.00	.19	.409	-.10	.925
Arb.		13.87	4.09	.85									13.86	3.09	.67							
BFB3 Unzu-		11.04	3.20	.65									11.33	2.58	.56							
fr. Arb.,	24				-.08	2.24	.46	.79	.000	-.18	.729	21				-.19	2.48	.54	.64	.002	-.35	.729
Koll., Bez.		11.12	3.62	.74									11.52	3.17	.69							
BFB4 Bel.		5.89	2.74	.64									6.14	2.98	.80							
i. Z. m. Ki.	18				.27	1.80	.43	.75	.000	.65	.523	14				.07	3.27	.87	.29	.312	.08	.936
		5.61	2.09	.49									6.07	2.46	.66							

Fortsetzung Tabelle 52:

Mediz. Variabl.	N	MT1 / MT2	sT1 / sT2	s_eT1 / s_eT2	M Diff	s Diff	s_e Diff	rT1-T2	p (2s)	t Diff	p (2s)	N	MT1 / MT3	sT1 / sT3	s_eT1 / s_eT3	M Diff	s Diff	s_e Diff	rT1-T3	p (2s)	t Diff	p (2s)
Körper-gew.	29	69.93	12.23	2.27	1.03	2.11	.39	.99	.000	2.64	.013	20	67.70	11.37	2.54	-1.50	12.74	2.85	.55	.013	-.53	.605
		68.90	11.08	2.06									69.20	14.67	3.28							
psR	22	129.54	13.79	2.94	4.36	10.16	2.17	.69	.000	2.01	.057											
		125.18	11.58	2.46																		
pdR	22	83.86	8.85	1.89	2.27	10.09	2.15	.41	.058	1.06	.303											
		81.59	9.68	2.06																		
Puls	19	81.21	10.45	2.40	4.68	7.99	1.83	.67	.002	2.56	.020											
		76.52	9.14	2.10																		
Cholest.	9	311.11	43.57	14.52	80.67	34.99	11.64	.62	.071	6.92	.000											
		230.44	35.72	11.90																		
Trigl.	4	395.00	118.67	59.33	178.50	98.16	47.58	.60	.399	3.70	.033											
		216.50	78.80	39.35																		
Harns.	5	7.18	.60	.27	1.90	1.17	.52	.35	.561	3.62	.022											
		5.28	1.23	.55																		
γ-GT	3	55.00	24.02	17.00	24.00	14.14	10.00	1.00	.000	2.40	.250											
		31.00	9.90	7.00																		
BKS 1 St.	4	30.52	21.79	10.90	15.50	17.82	8.91	.58	.424	1.74	.180											
		14.75	13.25	6.62																		
BKS 2 St.	4	52.00	29.43	14.71	17.00	24.62	12.31	.60	.398	1.38	.261											
		35.00	25.22	12.61																		
Anamn.-Katamn. Variabl.																						
Häufigk. d. Krankm.												21	2.05	1.28	.28	1.71	1.27	.28	.28	.226	6.18	.000
													.33	.66	.14							
Dauer d Krankm. in Wo.												21	5.00	2.85	.62	3.67	4.54	.99	.04	.868	3.70	.001
													1.33	3.65	.80							
Z. d. z. Erhol. gen. St. / T.												20	1.45	1.28	.28	-.30	1.78	.40	.01	.972	-.75	.460
													1.75	1.25	.28							
Kaffee- bzw. Teekons. / Wo.												21	2.28	1.95	.42	-.33	2.29	.50	.31	.174	-.67	.512
													2.62	1.94	.42							
Bierkons. / Wo.												21	3.67	2.83	.62	1.47	2.32	.50	.59	.005	2.92	.008
													2.19	2.05	.44							
Weinkons. / Wo.												20	.80	.83	.19	.10	.85	.19	.36	.115	.52	.606
													.70	.66	.15							
Kons. hochproz. Getr. / Wo.												21	.57	1.28	.28	.09	1.04	.23	.59	.005	.42	.680
													.40	.81	.18							
Zigarett. / T.												5	21.00	8.21	3.67	1.00	6.52	2.91	.64	.239	.34	.749
													20.00	7.07	3.16							

Fortsetzung Tabelle 52:

	N	MT1 MT3	sT1 sT3	s_eT1 s_eT3	M Diff	s Diff	s_e Diff	rT1- T3	p r (2s)	t Diff	p (2s)
Schlaf- tbl.	21	1.29 .09	1.65 .44	.36 .09	1.19	1.78	.39	-.18	.438	3.07	.006
Beruh.- tbl.	21	1.67 1.43	1.77 1.75	.38 .38	.24	2.19	.48	.23	.324	.50	.624
Schmerz- tbl.	21	1.47 1.33	1.36 1.59	.29 .34	.14	1.88	.41	.20	.388	.35	.731
Aufputsch- tbl.	21	.00 .09	.00 .44	.00 .09	-.09	.44	.09				
Abführ- tbl.	21	.76 .38	1.26 1.02	.27 .22	.38	1.12	.24	.54	.012	1.56	.134
Sonst. Medik.	21	1.62 .95	1.88 1.63	.41 .35	.67	2.33	.51	.12	.591	1.31	.205

Tab. 53: Antwortverteilungen und Gruppenunterschiede (Chi-Quadrat) in verschiedenen, besonders nach Gesichtspunkten der qualitativen oder dichotomen Stufung, der nicht hinreichend gegebenen Normalverteilung oder/und der geringen Besetzungshäufigkeit ausgewählten Variablen der LVA- und BfA-Kurpatienten mit jeweils zusätzlicher psychologischer Behandlung. Pro Variable Darstellung der Skalen bzw. Polung, der absoluten und relativen Häufigkeiten der Untergruppen sowie der p-Werte zum Chi-Quadrat

Tab. 53a: Antwortverteilungen und Gruppenunterschiede (Chi-Quadrat) in ausgewählten anamnese-, diagnose- und behandlungsspezifischen Variablen bei Gegenüberstellung der jeweils gesamten, der männlichen und weiblichen Stichprobe der zusätzlich psychologisch behandelten LVA- und BfA-Kurpatienten

Nr.	Variable	Skalen/ Polung	Aufteilung nach der Zugehörigkeit zur Stichprobe der zusätzlich psychologisch behandelten LVA- oder BfA-Kurpatienten: Aufteilung nach jeweils gesamter Stichprobe					Aufteilung nach jeweils männlicher Stichprobe					Aufteilung nach jeweils weiblicher Stichprobe				
			absolute Häufigkeiten LVA	absolute Häufigkeiten BfA	relative Häufigkeiten LVA	relative Häufigkeiten BfA	Chi-Quadrat p	absolute Häufigkeiten LVA	absolute Häufigkeiten BfA	relative Häufigkeiten LVA	relative Häufigkeiten BfA	Chi-Quadrat p	absolute Häufigkeiten LVA	absolute Häufigkeiten BfA	relative Häufigkeiten LVA	relative Häufigkeiten BfA	Chi-Quadrat p
2	Alt.-Gr.	1=30-40 J.	18	70	62.1	41.4	.062	11	29	61.1	39.2	.156	7	41	63.6	43.2	.331
		2=41-50 J.	11	99	37.9	58.6		7	45	38.9	60.5		4	54	36.4	56.8	
3	Geschl.	1=männl.	18	74	62.1	43.8	.105	18	74				0	0			
		2=weibl.	11	95	37.9	56.2		0	0				11	95			
5	Fam.-St.	1=alleinst.	5	44	26.0	17.2	.674	3	4	16.7	16.2	.634	2	32	18.2	33.7	.643
		2=verheir.	24	125	74.0	82.8		15	70	83.3	83.8		9	63	81.8	66.3	
7	Z.d. Ki.	Anzahl 0	5	22	17.2	13.9	.416	3	7	16.7	10.0	.282	2	15	18.2	17.0	.938
		1	13	49	44.8	31.0		10	23	55.6	32.9		3	26	27.3	29.5	
		≥2	11	77	37.9	55.1		5	40	27.8	57.1		6	47	54.5	53.5	
15	Abg. Ber.-Ausb.	1=ja	19	140	65.5	82.8	.056	14	69	77.8	93.2	.123	5	71	45.5	74.4	.091
		2=nein	10	29	34.5	17.2		4	5	22.2	6.8		6	24	54.5	25.3	
16	Ber.-Tät.	1=Einf.Arb.	15	0	51.7	.0	.000	7	0	38.9	.0	.000	8	0	72.7	.0	.000
		2=Spezial-u. Facharb.	8	1	27.6	.6		7	1	38.9	1.4		1	0	9.1	.0	
		3=Berufl.Höherg.	4	161	13.8	95.3		4	73	22.2	98.6		0	88	.0	92.6	
		4=Hausfr.,o.Ber.	2	7	6.9	4.1		0	0	.0	.0		2	7	18.2	7.4	
66	Rauch.	1=ja	7	55	24.1	33.1	.207	5	28	27.8	37.8	.013	2	27	18.2	29.3	.729
		2=nicht mehr	5	43	17.2	25.9		3	30	16.7	40.5		2	13	18.2	14.1	
		3=noch nie	17	68	58.6	41.0		10	16	55.6	21.6		7	52	63.6	56.5	
345	Hauptdiag.	1=Andere als 2	2	81	6.9	47.9	.000	0	29	.0	39.2	.003	2	52	18.2	54.7	.049
		2=Psychoveg. Syndrom	27	88	93.1	52.1		18	45	100.0	60.5		9	43	81.8	45.3	
349	Vorherrsch. Methode Zus.psych. Beh.	1=überw. GT	17	8	58.6	4.7	.000	9	3	50.0	4.1	.000	8	5	72.7	5.3	.000
		2=kombinierte Beh.	7	88	24.1	52.1		7	38	38.9	51.4		0	50	.0	52.6	
		3=überw. VT	5	73	17.2	43.2		2	33	11.1	44.6		3	40	27.3	42.1	

Tab. 53b: Antwortverteilungen und Gruppenunterschiede (Chi-Quadrat) in ausgewählten anamnese- und diagnosespezifischen Variablen bei Aufteilung der Stichprobe der zusätzlich psychologisch behandelten BfA-Kurpatienten sowie bei Aufteilung der gesamten Stichprobe der zusätzlich psychologisch behandelten LVA- und BfA-Kurpatienten nach der Zugehörigkeit zur vorherrschenden Behandlungsmethode (Zugehörigkeit zur Therapievergleichsgruppe) der überwiegend klientzentrierten bzw. gesprächstherapeutischen Behandlung (GT), der kombinierten Behandlung (Komb) und der überwiegend verhaltentherapeutischen Behandlung (VT)

Nr.	Variable	Skalen/ Polung	Aufteilung nach der Zugehörigkeit zur vorherrschenden Behandlungsmethode im Rahmen der zusätzlichen psychologischen Behandlung: Aufteilung für Stichprobe der zusätzlich psychologisch behandelten BfA-Kurpatienten						Aufteilung für Stichprobe der zusätzlich psychologisch behandelten LVA- und BfA-Kurpatienten					
			absolute Häufigkeiten GT	absolute Häufigkeiten Komb	absolute Häufigkeiten VT	relative Häufigkeiten GT	relative Häufigkeiten Komb	relative Häufigkeiten VT	Chi-Quadrat p	absolute Häufigkeiten GT	absolute Häufigkeiten Komb	absolute Häufigkeiten VT	relative Häufigkeiten GT	relative Häufigkeiten Komb	relative Häufigkeiten VT	Chi-Quadrat p
2	Alt.-Gr.	1=30-40 J.	2	39	29	25.0	44.3	39.7	.527	12	43	33	48.0	45.3	42.3	.862
		2=41-50 J.	6	49	44	75.0	55.7	60.3		13	52	45	52.0	54.7	57.7	
3	Geschl.	1=männl.	3	38	33	37.5	43.3	45.2	.904	12	45	35	48.0	47.4	44.9	.935
		2=weibl.	5	40	40	62.5	56.8	54.8		13	50	43	52.0	52.6	55.1	
5	Fam.-St.	1=alleinst.	2	24	18	25.0	27.3	24.7	.920	5	6	12	20.0	6.3	15.4	.262
		2=verheir.	6	64	55	75.0	72.7	75.3		20	89	66	80.0	93.7	84.6	
7	Z.d. Ki.	Anzahl 0	1	7	14	12.5	8.6	20.3	.834	4	7	16	16.0	8.0	21.6	.311
		1	3	25	21	37.5	30.9	30.4		11	29	22	44.0	33.0	29.7	
		≥2	4	50	34	50.0	60.5	49.3		10	52	36	40.0	59.0	48.7	
15	Abg. Ber.-Ausb.	1=ja	5	73	62	62.5	83.0	84.9	.279	16	78	65	64.0	82.1	83.3	.089
		2=nein	3	15	11	37.5	17.0	15.1		9	17	13	36.0	17.9	16.7	
16	Ber.-Tät.	1=Einf.Arb.	0	0	0	.0	.0	.0	.640	9	3	0	36.0	3.3	.0	.038
		2=Spezial-u. Facharb.	0	0	1	.0	.0	1.4		3	3	3	12.0	3.3	4.0	
		3=Berufl.Höherg.	8	83	70	100.0	94.3	95.9		11	84	70	44.0	81.3	93.4	
		4=Hausfr.,o.Ber.	0	5	2	.0	5.7	2.7		2	5	2	8.0	4.1	2.4	

Fortsetzung Tabelle 53b:

Nr.	Variable	Skalen/ Polung	Aufteilung für Stichprobe der zusätzlich psychologisch behandelten BfA-Kurpatienten: absolute Häufigkeiten GT	Komb	VT	relative Häufigkeiten GT	Komb	VT	Chi-Quadrat p	Aufteilung für Stichprobe der zusätzlich psychologisch behandelten LVA- und BfA-Kurpatienten: absolute Häufigkeiten GT	Komb	VT	relative Häufigkeiten GT	Komb	VT	Chi-Quadrat p
66	Rauch.	1=ja	4	30	21	50.0	34.5	29.6	.775	9	32	21	36.0	34.0	27.6	.742
		2=nicht mehr	2	21	20	25.0	24.1	28.2		4	23	21	16.0	24.5	27.6	
		3=noch nie	2	36	38	25.0	41.4	42.3		12	39	34	48.0	41.5	44.7	
345	Haupt-diag.	1=Andere als 2	6	35	40	75.0	39.8	54.8	.048	7	35	41	28.0	36.8	52.6	.036
		2=Psychoveg. Syndrom	2	53	33	25.0	60.2	45.2		18	60	37	72.0	63.2	47.4	

Nr.	Variable	Skalen/ Polung	Aufteilung für Stichprobe der männlichen zusätzlich psychologisch behandelten LVA- und BfA-Kurpatienten: absolute Häufigkeiten GT	Komb	VT	relative Häufigkeiten GT	Komb	VT	Chi-Quadrat p	Aufteilung für Stichprobe der weiblichen zusätzlich psychologisch behandelten LVA- und BfA-Kurpatienten: absolute Häufigkeiten GT	Komb	VT	relative Häufigkeiten GT	Komb	VT	Chi-Quadrat p
2	Alt.-Gr.	1=30-40 J.	5	24	11	41.7	53.3	31.4	.145	7	19	22	53.8	38.0	51.2	.358
		2=41-50 J.	7	21	24	58.3	46.7	68.6		6	31	21	46.2	62.0	48.8	
3	Geschl.	1=männl.	12	45	35					0	0	0				
		2=weibl.	0	0	0					13	50	43				
5	Fam.-St.	1=alleinst.	3	6	5	25.0	15.6	14.3	.047	2	17	15	15.4	34.0	34.9	.741
		2=verheir.	9	38	30	75.0	84.4	85.7		11	33	28	84.6	66.0	65.1	
7	Z.d. Ki.	Anzahl 0	1	2	7	8.3	4.8	20.6	.537	3	5	9	23.1	10.9	22.5	.598
		1	7	17	9	58.3	40.5	26.5		4	12	13	30.8	26.1	32.5	
		≥2	4	23	18	35.4	54.7	22.9		6	29	18	46.2	63.0	45.0	
15	Abg. Ber.-Ausb.	1=ja	9	42	32	75.0	93.3	91.4	.157	7	36	33	53.8	72.0	76.7	.275
		2=nein	3	3	3	25.0	6.7	8.6		6	14	10	46.2	28.0	23.3	
16	Ber.-Tät.	1=Einf.Arb.	4	3	0	33.3	6.7	.0	.003	5	0	3	38.5	.0	7.0	.000
		2=Spezial-u. Facharb.	2	3	3	16.7	6.7	8.6		1	0	0	7.7	.0	.0	
		3=Berufl.Höherg.	6	39	32	50.0	86.7	91.4		5	45	38	38.5	90.0	88.4	
		4=Hausfr.,o.Ber.	0	0	0	.0	.0	.0		2	5	2	15.4	10.0	4.7	
66	Rauch.	1=ja	4	20	9	33.3	44.4	25.7	.147	5	12	12	38.5	24.5	29.3	.356
		2=nicht mehr	2	15	16	16.7	33.3	45.7		2	8	5	15.4	16.3	12.2	
		3=noch nie	6	10	10	50.0	22.2	28.6		6	29	24	46.2	59.2	58.6	
345	Haupt-diag.	1=Andere als 2	2	12	15	16.7	26.7	42.9	.149	5	23	26	38.4	46.0	60.5	.010
		2=Psychoveg. Syndrom	10	33	20	83.3	73.3	57.1		8	27	17	61.6	54.0	39.5	

Tab. 53c: Antwortverteilungen und Gruppenunterschiede (Chi-Quadrat) in ausgewählten anamnese-, diagnose- und behandlungsspezifischen Variablen bei Aufteilung nach dem Geschlecht (Mä, Fr) für die Stichprobe der zusätzlich psychologisch behandelten BfA- sowie LVA- und BfA-Kurpatienten

Nr.	Variable	Skalen/ Polung	Aufteilung für Stichprobe der zusätzlich psychologisch behandelten BfA-Kurpatienten: absolute Häufigkeiten Mä	Fr	relative Häufigkeiten Mä	Fr	Chi-Quadrat p	Aufteilung für gesamte Stichprobe der zusätzlich psychologisch behandelten LVA- und BfA-Kurpatienten: absolute Häufigkeiten Mä	Fr	relative Häufigkeiten Mä	Fr	Chi-Quadrat p
2	Alt.-Gr.	1=30-40 J.	29	41	39.2	43.2	.717	40	48	43.5	45.3	.911
		2=41-50 J.	45	54	60.8	56.8		52	58	56.5	54.7	
3	Geschl.	1=männl.	74	0	16.2	33.7	.013	92	0			
		2=weibl.	0	74				0	106			
5	Fam.-St.	1=alleinst.	12	32	16.2	33.7	.013	15	72	16.3	67.9	.018
		2=verheir.	62	63	83.8	66.3		77	34	83.7	32.1	
7	Z.d. Ki.	Anzahl 0	7	15	10.0	17.0	.680	10	17	11.4	17.2	.208
		1	23	26	32.9	29.5		33	29	37.5	29.3	
		≥2	40	47	57.1	53.5		45	53	51.1	53.5	
15	Abg. Ber.-Ausb.	1=ja	69	71	93.2	74.4	.003	83	76	90.2	71.7	.002
		2=nein	5	24	6.8	25.3		9	30	9.8	28.3	
16	Ber.-Tät.	1=Einf.Arb.	0	0	.0	.0	.032	7	8	7.6	7.5	.002
		2=Spezial-u. Facharb.	1	0	1.4	.0		8	1	8.7	.9	
		3=Berufl.Höherg.	73	88	98.6	92.6		77	88	83.7	83.0	
		4=Hausfr.,o.Ber.	0	7	.0	7.4		0	9	.0	8.5	
66	Rauch.	1=ja	28	27	37.8	29.3	.000	33	29	35.9	28.2	.001
		2=nicht mehr	30	13	40.5	14.1		33	15	35.9	14.6	
		3=noch nie	16	52	21.6	56.5		26	59	28.3	57.3	
345	Haupt-diag.	1=Andere als 2	29	52	39.2	54.7	.064	29	54	31.5	50.9	.009
		2=Psychoveg. Syndrom	45	43	60.8	45.3		63	52	68.5	49.1	
349	Vorherrsch. Methode Zus. psych.Beh.	1=GT	3	5	4.1	5.3	.904	12	13	13.0	12.3	.935
		2=Komb	38	50	51.4	52.6		45	50	48.9	47.2	
		3=VT	33	40	44.6	42.1		35	43	38.0	40.6	

Tab. 53d: Antwortverteilungen und Gruppenunterschiede (Chi-Quadrat) in den weiteren (in Tab.53a-53c nicht berücksichtigten), besonders nach Gesichtspunkten der qualitativen bzw. dichotomen Stufung, der nicht hinreichend gegebenen Normalverteilung oder/und der geringen Besetzungshäufigkeit ausgewählten Variablen des Anamnestischen Erhebungsbogens und des Katamnestischen Erhebungsbogens bei Aufteilung nach der Zugehörigkeit zur Stichprobe der zusätzlich psychologisch behandelten LVA- und BfA-Kurpatienten

Nr.	Variable Anamnestischer Erhebungsbogen, Kuranfang T1	Skalen/ Polung	absolute Häufigkeiten LVA	absolute Häufigkeiten BfA	relative Häufigkeiten LVA	relative Häufigkeiten BfA	Chi-Quadrat p
4	Wohno.	1=Dorf	10	29	35.7	17.3	.067
		2=Kleinst.	10	67	35.7	39.9	
		3=Großst.	8	72	28.6	42.9	
6	Ehep.	1=ja	11	91	47.8	69.5	.074
	berttät.	2=nein	12	40	52.2	30.5	
18	Arb.z.	1=ja	6	15	26.1	9.2	.041
	schwer	2=nein	17	148	73.9	90.8	
19	Arb.nicht	1=ja	12	65	50.0	39.9	.472
	befried.	2=nein	12	98	50.0	60.1	
20	nicht gen.	1=ja	13	53	54.2	32.5	.065
	verd.	2=nein	11	110	45.8	67.5	
21	entlass.	1=ja	7	14	30.4	8.6	.006
		2=nein	16	149	69.6	91.4	
22	Ber.-	1=ja	24	144	82.8	85.2	.952
	Tät.vor Kur	2=nein	5	25	17.2	14.8	
25	Arb.l.	1=ja	2	8	66.7	10.4	.045
	vor Kur	2=nein	1	69	33.3	89.6	
27	Ber.-	1=geist.	2	82	7.7	57.3	.000
	Beanspr.	2=körp.	13	10	50.0	7.0	
		3=beides	11	51	42.3	35.7	
28	Ber.	1=sitzend	9	89	32.1	66.4	.003
	Körperh.	2=stehend	13	28	46.4	20.9	
		3=laufend	6	17	21.4	12.7	
29	Arb.-	1=stundenw.	1	3	3.6	1.9	.797
	Zt.	2=halbtags	2	16	7.1	10.3	
		3=8 St/Tag	16	77	57.1	49.7	
		4=üb.8 St/T.	9	59	32.1	38.1	
30	Schicht	1=ja	4	24	14.8	17.9	.913
		2=nein	23	110	85.2	82.1	
31	Art d.	1=Frühsch.	2	9	40.0	36.0	.006
	Schicht	2=Spätsch.	1	1	20.0	4.0	
		3=Nachtsch.	0	2	.0	8.0	
		4=Früh-u. Spätsch.	0	13	.0	52.0	
		5=Früh-,Spät- u.Nachtsch.	2	0	20.0	.0	
32	Körp.	1=ja	19	70	65.5	42.9	.041
	äuß.Bel.	2=nein	10	93	34.5	57.1	
33	Neb.-	1=ja	11	29	37.9	17.6	.024
	Tät.	2=nein	18	136	62.1	82.4	
35	Abs.	1=ja	1	2	3.4	1.2	.023
	Rent.-	2=nein	26	166	89.7	98.2	
	Antr.	3=unentschieden	2	1	6.9	.6	
36	Häufigk.	Anzahl 0	5	33	17.2	20.0	.979
	d.Krankm.	1	8	36	27.6	21.8	
	1.2 J.	2	9	40	31.0	24.2	
		3	4	26	13.8	15.8	
		4	2	15	6.9	9.1	
		5	1	7	3.4	4.2	
		6	0	1	.0	.6	
		7	0	1	.0	.6	
		8	0	5	.0	3.0	
		9	0	1	.0	.6	
37	Dauer	Anzahl 0- 3	11	79	17.1	47.9	.214
	d.Krankm.	Wochen 4- 7	7	49	24.1	29.7	
	1.2 J.	8-11	4	11	13.7	6.6	
		12-15	4	15	24.1	10.1	
		16-19	0	3	.0	1.8	
		20-23	0	4	.0	2.4	
		24-27	0	0	.0	.0	
		28-31	0	1	.0	.6	
		32-35	0	1	.0	.6	
		36-50	1	2	3.4	1.2	
44	Abg.	1=ja	16	145	55.2	87.9	.000
	Ber.-Ausb.	2=nein	13	20	44.8	12.1	
	Vater						
45	Z.d.	Anzahl 0	6	20	20.7	11.8	.153
	Geschw.	1	10	55	34.5	32.5	
		2	1	37	3.4	21.9	
		3	3	24	10.3	14.2	
		4	3	17	10.3	10.1	
		5	3	6	10.3	3.6	
		6	1	5	3.4	3.0	
		7	0	2	.0	1.2	
		8	2	2	6.9	1.2	
		9	0	1	.0	.0	
46	Aufgew.	1=ja	26	160	89.7	94.7	.531
	Fam.	2=nein	3	9	10.3	5.3	
47	Aufgew.	1=ja	9	28	32.1	16.6	.090
	o.Vater	2=nein	19	141	67.9	83.4	
48	Aufgew.	1=ja	5	4	17.2	2.4	.002
	o.Mutter	2=nein	24	165	82.8	97.6	
49	Unehel.	1=ja	2	6	6.9	3.6	.737
		2=nein	27	163	93.1	96.4	
50	Aufgew.	1=ja	3	3	10.7	1.8	.050
	o.Elt.	2=nein	25	166	89.3	98.2	
51	Aufgew.	1=ja	5	5	17.2	3.0	.005
	b.Verw.	2=nein	24	164	82.8	97.0	
52	Aufgew.	1=ja	3	5	10.3	3.0	.175
	Heim	2=nein	26	164	89.7	97.0	
53	Wo aufgew.	1=Dorf	17	61	60.7	36.7	.078
		2=Kleinst.	9	46	32.1	27.7	
		3=Großst.	2	59	7.1	35.5	
55	Überwieg.	1=überwieg. durch körp.	18	89	64.3	54.3	.435
	Freiz.-						
	Gest.	2=überwieg. d.sonst.Bet.	10	75	35.7	45.7	
56	Erhol.-	1=ja	14	105	48.3	62.9	.201
	Gef.n.	2=nein	15	62	51.7	37.1	
	Wochene.						
57	Erhol.-	1=ja	20	142	69.0	85.5	.054
	Gef.n.Url.	2=nein	9	24	31.0	14.5	
59	Morg.	1=ja	13	68	44.8	40.5	.814
	ausgeschl.	2=nein	16	100	55.2	59.5	
60	Schlaf-	1=ja	17	104	58.6	61.5	.927
	stör.	2=nein	12	65	41.4	38.5	
61	Warme	1=ja	96	139	89.7	82.2	.472
	Mahlz.	2=nein	3	30	10.3	17.8	
62	Kaffee-	Anzahl 0	6	6	20.7	3.6	.000
	bzw.	Tassen/ 1	7	7	24.1	4.1	
	Teekons./	T. 2	9	26	31.0	15.4	
	T.	3	1	49	3.4	29.0	
		4	4	37	13.8	21.9	
		5	0	22	.0	13.0	
		6	1	12	3.4	7.1	
		7	0	2	.0	1.2	
		≥8	1	0	3.4	4.7	
63	Bier-	Anzahl 0	8	82	28.6	48.8	.000
	kons./	1/Wo. 1	3	31	10.7	18.5	
	Wo.	2	2	25	7.1	14.9	
		3	1	14	3.6	8.3	
		4	4	5	14.3	3.0	
		5	1	6	3.6	3.6	
		6	3	2	10.7	1.2	
		7	3	3	10.7	1.8	
		≥8	3	0	10.7	.0	
64	Wein-	Anzahl 0=0	17	99	58.6	59.6	.207
	kons./	1/Wo. 1=0,5	6	45	20.7	27.1	
	Wo.	2=1,0	4	10	13.8	6.0	
		3=1,5	0	5	.0	3.0	
		4=2,0	1	4	3.4	2.4	
		5=2,5	0	1	.0	.6	
		6=3,0	0	2	.0	1.2	
		7=3,5	1	0	3.4	.0	
		8≥4,0	0	0	.0	.0	
65	Kons.	Anzahl 0=0	21	107	72.4	64.1	.846
	hochproz.	Gl./Wo. 1=2	5	29	17.2	17.1	
	Getr./Wo.	2=4	3	17	10.3	10.2	
		3=6	0	7	.0	4.2	
		4=8	0	4	.0	2.4	
		5=10	0	2	.0	1.2	
		6≥12	0	1	.0	.6	
67	J. Rauch.	Anzahl 1-4	1	4	14.3	7.5	.334
		Jahre 5-8	0	0	.0	.0	
		9-12	0	12	.0	22.2	
		13-16	1	12	14.3	22.2	
		17-20	2	9	28.6	16.7	
		21-24	2	3	28.6	5.6	
		25-28	1	7	14.3	13.0	
		29-36	0	7	.0	13.0	

Fortsetzung Tabelle 53d:

Nr.	Variable	Skalen/ Polung	absolute Häufigkeiten LVA	absolute Häufigkeiten BfA	relative Häufigkeiten LVA	relative Häufigkeiten BfA	Chi-Quadrat p
68	Rauch. aufgeh.	Anzahl Jahre 1-4	1	15	25.0	37.5	.690
		5-8	2	8	50.0	20.0	
		9-12	1	4	25.0	10.0	
		13-16	0	9	.0	22.5	
		17-20	0	4	.0	10.0	
69	J.ger.	Anzahl Jahre 1-4	2	7	40.0	17.7	.634
		5-8	0	5	.0	11.9	
		9-12	1	6	20.0	14.3	
		13-16	0	8	.0	19.0	
		17-20	2	6	40.0	14.3	
		21-24	0	1	.0	2.4	
		25-28	0	3	.0	7.1	
		29-32	0	4	.0	5.6	
74	Schlaf-tbl. i.l.J.	0=nie	24	126	82.8	74.6	.135
		1=etwa 2/J.	1	12	3.4	7.1	
		2=etwa 2/Mo.	0	15	.0	8.9	
		3=etwa 2/Wo.	1	11	3.4	6.5	
		4=fast tägl.	3	5	10.3	3.0	
75	Beruh.-tbl. i.l.J.	0=nie	16	71	55.2	42.0	.364
		1=etwa 2/J.	0	14	.0	8.3	
		2=etwa 2/Mo.	3	25	10.3	14.8	
		3=etwa 2/Wo.	2	19	6.9	11.2	
		4=fast tägl.	8	40	21.6	23.7	
76	Schmerz-tbl. i.l.J.	0=nie	12	62	41.4	36.7	.381
		1=etwa 2/J.	2	31	6.9	18.3	
		2=etwa 2/Mo.	7	49	24.1	29.0	
		3=etwa 2/Wo.	6	20	20.7	11.8	
		4=fast tägl.	2	7	6.9	4.1	
78	Abführ-tbl. i.l.J.	0=nie	20	118	71.4	69.8	.467
		1=etwa 2/J.	1	7	3.6	4.1	
		2=etwa 2/Mo.	4	10	14.3	5.9	
		3=etwa 2/Wo.	1	14	3.6	8.3	
		4=fast tägl.	2	20	7.1	11.8	
79	Sonst. Medik. i.l.J.	0=nie	16	87	59.3	51.5	.645
		1=etwa 2/J.	1	15	3.7	8.9	
		2=etwa 2/Mo.	1	11	3.7	6.5	
		3=etwa 2/Wo.	3	10	11.1	5.9	
		4=fast tägl.	6	46	22.2	27.2	
80	Z.bish. Krank.h.-aufenth.	Anzahl 0	0	14	.0	8.3	.782
		1	8	25	27.6	14.8	
		2	6	28	20.7	16.6	
		3	6	33	20.7	19.5	
		4	4	20	13.8	11.8	
		5	1	20	3.4	11.8	
		6	1	8	3.4	4.7	
		7	1	5	3.4	3.0	
		8	2	7	6.9	4.1	
		9	0	9	.0	5.6	
81	Z.bish. Operat.	Anzahl 0	5	36	17.2	21.3	.911
		1	11	47	37.9	27.8	
		2	6	30	20.7	17.8	
		3	4	30	13.8	17.8	
		4	2	10	6.9	5.9	
		5	0	5	.0	3.0	
		6	1	11	3.4	6.5	
82	Z.bish. Kurauf-enth.	Anzahl 0	16	78	55.2	46.2	.399
		1-8	13	91	44.8	53.8	
83	Beurt. Leb.-Führ. ges.	1=ja	17	112	58.6	67.1	.501
		2=nein	12	55	41.4	32.9	

Katamnestischer Erhebungsbogen, Halbjahreskatamnese T3

Nr.	Variable	Skalen/ Polung	absolute Häufigkeiten LVA	absolute Häufigkeiten BfA	relative Häufigkeiten LVA	relative Häufigkeiten BfA	Chi-Quadrat p
87	Psych.Kurkl. arb.	1=ja	21	160	91.3	95.8	.667
		2=nein	2	7	8.7	4.2	
88	Morg.gymn. Häufigk.	Anzahl/Wo. 0	10	75	43.5	44.4	.729
		1-2	5	50	21.7	29.6	
		3-4	1	15	4.3	8.9	
		5-6	3	12	13.0	7.1	
		7	4	17	17.4	10.2	
89	Morg.gymn. Dauer	Z.d. Minuten durch-schn. 0	10	75	43.5	44.4	.065
		1-5	8	16	34.8	9.5	
		6-10	3	25	13.0	14.8	
		11-20	0	22	.0	13.0	
		21-60	2	31	8.7	18.6	
90	Wand. Häufigk.	Anzahl/Wo. 0	3	56	13.0	33.1	.158
		1-2	16	86	69.6	50.9	
		3-4	1	17	4.3	10.1	
		5-6	1	2	4.3	1.2	
		7-11	2	8	8.7	4.7	
91	Wand. Dauer	Z.d. Minuten durch-schn. 0	3	56	13.0	33.1	.158
		1-60	16	86	69.6	50.9	
		61-120	1	17	4.3	10.1	
		121-300	1	2	4.3	1.2	
			2	8	8.7	4.7	
93	Schwimm. Häufigk.	Anzahl/Wo. 0	9	93	39.1	55.4	.132
		1	13	54	56.5	32.1	
		2-10	1	21	4.3	12.5	
94	Schwimm. Dauer	Z.d. Minuten durch-schn. 0	9	97	39.1	57.7	.077
		1-30	4	38	17.4	22.6	
		31-60	8	28	34.8	16.7	
		61-180	2	5	8.7	3.0	
95	Entsp. Häufigk.	Anzahl/Wo. 0	15	91	52.2	54.2	.810
		1-5	8	46	34.8	27.4	
		6-10	0	4	.0	2.4	
		15-90	3	27	8.7	17.1	
96	Entsp. Dauer	Z.d. Minuten durch-schn. 0	12	91	52.5	53.8	.002
		1-5	5	7	21.7	4.1	
		6-10	0	37	.0	21.9	
		11	6	34	26.1	20.1	
106	Z.Zt. arb.l.	1=ja	3	11	13.0	6.9	.541
		2=nein	20	148	87.0	93.1	
107	N.Kur gl.Arb.-St.	1=ja	20	142	90.9	89.3	.887
		2=nein	2	17	9.1	10.7	
108	N.Kur and.Arb.-Pl.	1=ja	1	8	4.8	5.2	.658
		2=nein	20	146	95.2	94.8	
109	Arb.z. schwer	1=ja	0	2	.0	15.4	.743
		2=nein	2	11	100.0	84.6	(F)
110	Arb.nicht befriedig.	1=ja	0	2	.0	18.2	.705
		2=nein	2	9	100.0	81.8	(F)
111	nicht gen.verd.	1=ja	0	4	.0	36.4	.461
		2=nein	2	7	100.0	63.6	
112	sonst.	1=ja	2	7	100.0	63.6	.461
		2=nein	0	4	.0	36.4	
113	Dauer d.Arb.l.	Anzahl Wochen 4-15	1	6	50.0	60.0	.580
		16-48	1	4	50.0	40.0	(F)
121	Neb.-Tät.	1=ja	7	20	30.4	15.2	.192
		2=nein	16	111	69.6	84.8	
122	Häufigk. d.Krankm. 1.6 Mon.	Anzahl 0	19	108	82.6	64.7	.431
		1	4	42	17.4	25.1	
		2	0	17	.0	9.2	
123	Dauer d.Krankm. 1.6 Mon.	Anzahl Wochen 0	19	115	82.6	68.9	.566
		1	2	14	8.7	8.4	
		2	1	14	4.3	8.4	
		3	0	11	.0	6.6	
		4	0	5	.0	3.0	
		5	0	1	.0	.6	
		6	0	1	.0	.6	
		7	1	6	4.3	3.6	
124	Häufigk. d.Krank.-h.aufenth. 1.6 Mon.	Anzahl 0	22	157	95.7	95.2	.840
		1	1	4	4.3	2.4	
		2	0	3	.0	1.8	
		3	0	1	.0	.6	
125	Rent.-Antr.	1=ja	0	1	.0	.6	.263
		2=nein	23	156	100.0	99.4	
126	St.Erhol./T.	Anzahl St. 1	9	46	39.1	28.9	.160
		2	9	54	39.1	34.0	
		3	1	38	4.3	23.9	
		4	4	10	17.4	6.3	
		5	0	4	.0	2.5	
		6	0	4	.0	2.5	
		9	0	3	.0	1.9	
129	Überwieg. Freiz.-Gest.	1=körp.Bet.	16	112	69.6	67.9	.939
		2=sonst.Bet.	7	53	30.4	32.1	
130	St.körp. Bet./Wo.	1=bis 2St/W.	2	38	8.7	22.9	.423
		2=2-4 St/W.	10	65	43.5	39.2	
		3=5-7 St/W.	9	42	39.1	25.3	
		4=8-10 St/W.	1	7	4.3	4.2	
		5=üb.10St/W.	1	14	4.3	8.4	

Nr.	Variable	Skalen/ Polung	absolute Häufigkeiten LVA	absolute Häufigkeiten BfA	relative Häufigkeiten LVA	relative Häufigkeiten BfA	Chi-Quadrat p
131	Kaffee- bzw.Tee- kons./T.	Anzahl Tassen/T. 0	4	12	17.4	7.2	.242
		1	0	11	.0	6.6	
		2	8	32	34.8	19.2	
		3	6	55	21.1	32.9	
		4	5	31	21.7	18.6	
		5	0	14	.0	8.4	
		6	0	7	.0	4.2	
		7	0	3	.0	1.8	
		≥8	0	2	.0	1.2	
132	Bierkons./ Wo.	Anzahl 1/Wo. 0	7	86	30.4	51.5	.001
		1	1	40	4.3	24.0	
		2	5	22	21.7	13.2	
		3	4	11	17.4	6.6	
		4	1	1	4.3	.6	
		5	2	3	8.7	1.8	
		6	1	1	4.3	.6	
		7	1	0	4.3	.0	
		≥8	1	3	4.3	1.8	
133	Kons. hoch- proz. Getr./ Wo.	Anzahl Gl./ Wo. 0=0	20	101	87.0	60.1	.573
		1=2	2	34	8.7	20.2	
		2=4	1	16	4.3	9.5	
		3=6	0	9	.0	5.4	
		4=8	0	2	.0	1.2	
		5=10	0	3	.0	1.8	
		6=12	0	1	.0	.6	
		7=14	0	1	.0	.6	
		8≥16	0	1	.0	.6	
134	Weinkons./ Wo.	Anzahl 1/Wo. 0=0	13	93	56.5	55.4	.654
		1=0,5	7	46	30.4	27.4	
		2=1,0	3	10	13.0	6.0	
		3=1,5	0	9	.0	5.4	
		4=2,0	0	6	.0	3.6	
		5=2,5	0	0	.0	.0	
		6=3,0	0	0	.0	.0	
		7=3,5	0	1	.0	.6	
		8≥4,0	0	3	.0	1.8	
135	Rauch. (wied.) aufgen.	1=ja	0	15	.0	12.5	.259
		2=nein	17	105	100.0	87.5	
138	Rauch. beend.	1=ja	1	7	16.7	13.0	.919
		2=nein	5	47	83.3	87.0	
143	Schlaf- tbl. 1.6 Mon.	0=nie	21	140	91.3	83.8	.503
		1=etwa2/6Mon.	0	10	.0	6.0	
		2=etwa 2/Mon.	0	7	.0	4.2	
		3=etwa 2/Wo.	2	8	8.7	4.8	
		4=fast tägl.	0	2	.0	1.2	
144	Beruh.- tbl. 1.6 Mon.	0=nie	13	108	56.5	64.3	.830
		1=etwa2/6Mon.	1	12	4.3	7.1	
		2=etwa 2/Mon.	2	8	8.7	4.8	
		3=etwa 2/Wo.	3	22	13.0	13.1	
		4=fast tägl.	4	18	17.4	10.7	
145	Schmerz- tbl. 1.6 Mon.	0=nie	11	87	47.8	53.0	.484
		1=etwa2/6Mon.	2	21	8.7	12.8	
		2=etwa 2/Mon.	4	25	17.4	15.2	
		3=etwa 2/Wo.	6	23	25.1	14.0	
		4=fast tägl.	0	8	.0	4.9	
147	Abführ- tbl. 1.6 Mon.	0=nie	20	117	87.0	71.8	.428
		1=etwa2/6Mon.	0	6	.0	3.7	
		2=etwa 2/Mon.	1	10	4.3	6.1	
		3=etwa 2/Wo.	2	14	8.7	8.6	
		4=fast tägl.	0	16	.0	9.8	
148	Sonst. Medik. 1.6 Mon.	0=nie	14	107	60.9	65.2	.529
		1=etwa2/6Mon.	0	4	.0	2.4	
		2=etwa 2/Mon.	3	8	13.0	4.9	
		3=etwa 2/Wo.	3	10	13.0	6.1	
		4=fast tägl.	3	35	13.0	21.3	
149	Hausarzt aufg. 1.6 Mon.	Anzahl 0	10	7	43.5	5.8	.001
		1-2	9	58	39.1	48.3	
		3-4	3	27	13.0	22.5	
		5-6	0	12	.0	10.0	
		7-8	0	3	.0	2.5	
		9-10	0	6	.0	5.0	
		11-12	0	3	.0	2.5	
		13-22	1	4	4.3	3.3	
150	Facharzt aufg. 1.6 Mon.	Anzahl 0	15	12	65.2	14.3	.005
		1-2	5	39	21.7	46.4	
		3-4	1	21	4.3	25.0	
		5-6	1	2	4.3	2.4	
		7-8	0	1	.0	1.2	
		9-10	1	3	4.3	3.6	
		11-12	0	1	.0	1.2	
		13-20	0	3	.0	3.6	
		22-30	0	2	.0	2.4	
151	Psychol., Psychiat., Soz.-Arb. aufg. 1.6 Mon.	Anzahl 0	22	17	95.7	54.8	.110
		1-2	1	7	4.3	23.6	
		3-4	0	3	.0	9.7	
		5-12	0	4	.0	12.8	
153	Beurt. Leb.-Führ. ges.	1=ja	21	132	91.3	80.5	.332
		2=nein	2	32	8.7	19.5	
(154-163)	Besondere Ereignisse und Veränderungen in halbem Jahr nach Kur (Life)	0=keine Vorkommnisse	8	70	34.4	41.9	.480
		1=Vorkommnisse	16	97	66.6	58.1	

Tab. 54: Mehrfaktorielle Varianzanalyse zu den Ausprägungen in metrischen Variablen der Stichprobe zusätzlich behandelter LVA- und BfA-Kurpatienten an den (maximal 3) verschiedenen Erhebungszeitpunkten (Kuranfang T1, Kurende T2, Halbjahreskatamnese T3) anhand der Faktoren der Zugehörigkeit zur Gruppe der jeweils zusätzlich psychologisch behandelten LVA- oder BfA-Patienten (PP), des Geschlechts (G: Männer, Frauen), des Berufsausbildungsabschlusses (BA: Ja, Nein), der Berufstätigkeit (BT: beruflich weniger Höhergestellte (einfache Arbeiter, Fach- und Spezialarbeiter sowie Hausfrauen) und beruflich Höhergestellte (Vorarbeiter, Meister, Angestellte, Beamte, Selbständige) und der vorherrschenden Methode der zusätzlichen psychologischen Behandlung (PM: überwiegend klientzentrierte Behandlung - GT -, kombinierte Behandlung - Komb -, überwiegend verhaltenstherapeutische Behandlung-VT-).
Pro Variable Darstellung von 1. Gesamtmittelwert (M), jeweils unterhalb der Variablenbezeichnung, 2. Stichprobenumfang (N) der durch die Faktoren gebildeten Untergruppen, 3. Abweichung (Abw) vom Gesamtmittelwert, pro Untergruppe, 4. Haupteffekt (Haupteff) unter Bereinigung einzelner Faktoren vom Einfluß jeweils anderer Faktoren), 5. Wechselwirkungen (WW), 6. erklärter Varianz (Var erkl). Zu 4. und 6. Angabe von F- und p-Werten, zu 5. Angabe von p-Werten. Bei p ≤ .05+, ≤ .01++, ≤ 001+++ (Umgekehrte Polung bei HG-Variablen beachten)

Variable M	N LVA N BfA	Abw LVA Abw BfA	Haupt- eff PP F	p	N Mä N Fr	Abw Mä Abw Fr	Haupt- eff G F	p	N BA Ja N BA Nein	Abw BA Ja Abw BA Nein	Haupt- eff BA F	p	N BT wen. Höh. N BT Höh.	Abw BT wen. Höh. Abw BT Höh.	Haupt- eff BT F	p	N GT N Komb N VT	Abw GT Abw Komb Abw VT	Haupt- eff PM F	p	WW 1) 2 Weg 2) 3 Weg 3) 4 Weg	Var erkl F	p
Psychologische Fragebogen																							
Fragebogen Einstellung zur Kur EzK, Kuranfang T1																							
216 EzK1	26	2.25	.77		88	.23	.29		136	-.44	3.80		22	1.73	.06		21	-1.10	.71			.31	
Erw. befr.	144	-.44			82	-.25			34	1.76			148	-.26			85	.20					
Ges.-Zust.																	64	.09					
37.63																							
217 EzK2	26	3.65	2.26		88	-.21	.27		136	.03	.02		22	-2.52	1.09		21	-2.39	5.68++			1.44	
Erw. Entl. v.	144	-.66			82	.22			34	-.12			148	.39			85	.74					
allt. Anf.																	64	-1.89					
Ausspr., Kont.																							
20.66																							
218 EzK3	26	-1.40	.61		88	-1.15	14.93+++		136	.13	.64		22	.61	.11		21	-1.32	1.21		BAxPM+	2.21++	
Erw. natürl.	144	.25			82	1.23			34	-.51			148	-.09			85	-.03					
Heilm. Erf.-Zuv.																	64	.50					
36.26																							
Fragebogen Beurteilung der Kur BdK, Kurende T2																							
219 BdK1	26	.77	.14		88	-1.32	5.12+		135	.71	4.33+		22	-.46	.05		21	1.21	3.17+			1.32	
Glob. subj.	143	-.28			81	1.43			34	-2.31			147	.14			85	.68					
Kurerf.																	63	-2.82					
31.43																							
220 BdK2	26	-1.34	.74		88	-.97	4.94+		135	-.08	.09		22	2.47	2.57		21	.43	.12		PPxPM+	1.45	
Zufr. med.	143	.48			81	1.06			34	.25			147	-.76			85	-.01			GxPM+		
Unt. Beh.																	63	-.35					
13.29																							
221 BdK3	26	-2.05	1.11		88	-1.53	7.86++		135	.14	.18		22	1.36	.50		21	.57	1.42		PPxBT+	1.31	
Zufr. m. erh.	143	.74			81	1.66			34	-.45			147	-.42			85	.48					
u. kommun.-																	63	-1.75					
förd. Bed.																							
26.07																							
221 BdK4	26	.37	.08		88	.44	1.52		135	-.04	.04		22	1.53	1.52		21	1.12	4.57+			2.50	
Pos. Bew.	143	-.13			81	-.47			34	.14			147	-.47			85	.41					
psych. Kurm.																	63	-2.06					
12.60																							
Fragebogen zur Erfassung subjektiver Krankheitskonzepte und Behandlungsvorstellungen KKB, Kuranfang T1																							
223 KKB1-1	25	2.80	1.49		88	-.58	1.89		141	-.13	.37		22	-1.25	.30		21	1.54	6.01++			1.68+	
Seel. psy-	151	-.46			87	.59			35	.53			154	.18			86	1.07					
chosoz.																	69	-1.93					
Probl., Ps.-Th.																							
15.95																							
224 KKB2-1	25	1.25	1.82		89	-.28	2.79		141	-.07	.68		22	-1.34	2.11		21	1.29	2.53			.72	
Streß und	151	-.21			87	.29			35	.29			154	.19			86	.12					
Schon.																	69	.25					
11.92																							
225 KKB3-1	25	-.90	.65		89	.39	3.77+		141	-.13	1.48		22	1.92	2.97		21	.20	.12		PPxBA+	1.51	
Körperleid. u.	151	.15			87	-.40			35	.52			154	-.27			86	-.09					
Org.-Med.																	69	.06					
10.51																							
226 KKB4-1	25	.65	.61		89	.21	2.02		141	-.20	6.53+		22	-.70	.73		21	-.26	1.68			1.27	
Bel. unbefr.	151	-.11			87	-.22			35	.80			154	.10			86	.26			PPxGxBA+		
Arb.-Sit., H.																	69	-.27					
z. Zufr.																							
6.14																							

Fortsetzung Tabelle 54:

Variable M	N LVA N BfA	Abw LVA Abw BfA	Haupt-eff PP F p	N Mä N Fr	Abw Mä Abw Fr	Haupt-eff G F p	N BA Ja N BA Nein	Abw BA Ja Abw BA Nein	Haupt-eff BA F p	N BT wen. Höh. N BT Höh.	Abw BT wen. Höh. Abw BT Höh.	Haupt-eff BT F p	N GT N Komb N VT	Abw GT Abw Komb Abw VT	Haupt-eff PM F p	WW 1) 2 Weg 2) 3 Weg 3) 4 Weg	Var erkl F p
Fragebogen zur Erfassung subjektiver Krankheitskonzepte und Behandlungsvorstellungen KKB, Kurende T2																	
227 KKB1-2	26	3.42	2.85	89	-.40	1.14	139	-.45	5.30+	23	-2.08	1.07	22	1.53	5.25++	PPxG+	2.11++
Seel. psy-	147	-.60		84	.43		34	1.83		150	.32		83	.85			
chosoz.													68	-1.64			
Probl., Ps.-Th.																	
15.29																	
228 KKB2-2	26	-.84	.76	89	-.56	9.74++	139	-.09	.85	23	-1.03	1.16	22	.73	.94		1.64+
Streß und	147	.15		84	.59		34	.35		150	.16		83	-.02			
Schon.													68	-.23			
9.70																	
229 KKB3-2	26	-.34	.07	89	.26	1.22	139	-.14	1.35	23	-.30	.06	22	-.13	.82		.89
Körperleid.u.	147	.06		84	-.27		34	.57		150	-.05		83	-.25		PPxGxPM+	
Org.-Med.													68	.38			
9.51																	
230 KKB4-2	26	-.47	.36	89	-.15	.03	139	-.18	6.07+	23	-.29	.14	22	.64	1.39		1.04
Bel. unbefr.	147	.08		84	.16		34	.75		150	.04		83	.04		GxBAxPM+	
Arb.-Sit., H.													68	-.27			
z. Zufr.																	
5.96																	
Fragebogen zur Erfassung subjektiver Krankheitskonzepte und Behandlungsvorstellungen KKB, Halbjahreskatamnese T3																	
231 KKB1-3	21	2.24	.96	84	-.41	.93	135	-.26	1.46	18	-1.29	.32	18	1.15	3.87		1.39
Seel., psycho-	150	-.31		87	.40		36	.99		153	.15		84	.88			
soz. Probl.,													69	-1.47			
Ps.-Th.																	
15.36																	
232 KKB2-3	21	-.41	.17	84	-.28	2.22	135	-.06	.36	18	-.49	.24	18	-.84	1.69		1.28
Streß und	150	.06		87	.27		36	.21		153	.06		84	-.11			
Schon.													69	.38			
10.33																	
233 KKB3-3	21	-1.18	.78	84	.32	1.57	135	-.15	1.37	18	1.60	1.41	18	-.41	.29		.95
Körperleid.u.	150	.16		87	-.37		36	.56		153	-.19		84	-.09		PPxG+BA+	
Org.-Med.													69	.23			
9.43																	
234 KKB4-3	21	-.37	.15	84	.28	2.35	135	-.04	.15	18	-.53	.30	18	-.36	.51		.81
Bel. unbefr.	150	.05		87	-.27		36	.14		153	.06		84	.16			
Arb.-Sit.,													69	-.11			
H. z. Zufr.																	
6.29																	
Fragebogen Hypochondrie und Gesundheitsverhalten HG, Kuranfang T1																	
235 HG1-1	27	.22	.18	89	-.08	.64	145	.08	2.77	24	.28	.30	23	-.39	1.44		1.35
Mißtr. geg.	155	-.04		93	.07		37	-.37		158	-.04		88	.13		PPxGxPM+	
Ärzte u.													71	-.04			
Therap.																	
4.17																	
236 HG2-1	27	.03	.01	89	.23	10.05++	145	-.01	.10	24	-.48	1.56	23	-.13	.50	GxPM+	1.59+
Risiko-	155	-.01		93	-.22		37	.05		158	.07		88	.06			
vermeid.													71	-.04			
3.91																	
237 HG3-1	27	.69	2.09	89	.05	.35	145	.03	.49	24	-.45	.89	23	-.27	.84		.66
Beacht.	155	-.12		93	-.05		37	-.12		158	.07		88	.09			
v. Krankh.-													71	-.03			
anz.																	
4.40																	
238 HG4-1	27	-.08	.03	89	.18	4.85+	145	.01	.09	24	.39	.82	23	-.28	.80		1.17
Mißtr. geg.	155	.01		93	-.17		37	-.05		158	-.06		88	.07		PPxGxPM+	
eig. Körp.													71	.01		GxBAxPM+	
4.71																	
Fragebogen Hypochondrie und Gesundheitsverhalten HG, Kurende T2																	
239 HG1-2	26	.17	.10	91	-.12	1.52	149	.10	4.04+	23	.48	.80	23	-.17	.17		1.04
Mißtr. geg.	158	-.03		93	.12		35	-.41		161	-.07		88	.01			
Ärzte u. Therap.													73	-.04			
4.22																	
240 HG2-2	26	-.24	0.42	91	.17	6.14+	149	-.00	.01	23	.29	.63	23	-.05	.22		1.36
Risiko-	158	.04		93	-.16		35	.01		161	.04		88	.04			
vermeid.													73	-.04			
3.70																	
241 HG3-2	26	.57	1.34	91	-.08	.82	149	.01	.11	23	-.48	.98	23	-.08	.07		.48
Beacht. v.	158	-.09		93	.08		35	-.06		161	.07		88	-.01			
Krankh. anz.													73	.04			
4.46																	

Fortsetzung Tabelle 54:

Variable M	N LVA N BfA	Abw LVA Abw BfA	Haupt-eff F	PP p	N Mä N Fr	Abw Mä Abw Fr	Haupt-eff F	G p	N BA Ja N BA Nein	Abw BA Ja Abw BA Nein	Haupt-eff F	BA p	N BT wen. Höh. N BT Höh.	Abw BT wen. Höh. Abw BT Höh.	Haupt-eff F	BT p	N GT N Komb N VT	Abw GT Abw Komb Abw VT	Haupt-eff F	PM p	WW 1) 2 Weg 2) 3 Weg 3) 4 Weg	Var-erkl. F p
242 HG4-2	26	.52	1.43		91	.33	17.35+++		149	.03	.56		23	.10	.05		23	-.28	1.60			2.24++
Mißtr. geg.	158	-.08			93	-.32			35	-.12			161	-.01			88	.13				
eig. Körp.																	73	-.07				
4.85																						
Fragebogen Hypochondrie und Gesundheitsverhalten HG, Halbjahreskatamnese T3																						
243 HG1-3	21	-.06	.01		87	-.13	1.49		141	.07	1.76		18	.17	.09		19	.17	.24			.91
Mißtr. geg.	154	.01			88	.13			34	-.29			157	-.02			79	-.03				
Ärzte u. Therap.																	72	-.08				
4.36																						
244 HG2-3	21	.08	.04		87	.17	5.80+		141	-.02	.20		18	-.41	1.19		19	-.19	.40			.82
Risiko-	154	-.01			88	-.16			34	.06			157	.05			79	.03				
vermeid.																	72	.02				
3.73																						
245 HG3-3	21	.82	3.04		87	.05	.37		141	-.03	.64		18	-.57	1.82		19	-.14	.81			.73
Beacht. v.	154	-.11			88	-.05			34	.14			157	.07			79	-.08				
Krankh. anz.																	72	.14				
4.45																						
246 HG4-3	21	.21	.20		87	.21	5.97+		141	-.02	.30		18	-.08	.03		19	-.04	.04			1.04
Mißtr. geg.	154	-.03			88	-.21			34	.01			157	.01			79	.02				
eig. Körp.																	72	-.02				
4.79																						
Freiburger Persönlichkeits-Inventar FPI, Kuranfang T1																						
247 FPI2-1	27	.27	.13		85	.24	2.77		137	-.04	.25		24	-.09	.02		22	.21	.65			.71
Aggr.	144	-.05			86	-.24			44	.15			147	.02			81	.11				
2.38																	68	-.22				
248 FPI9-1	27	.70	.39		85	.61	7.85++		137	-.04	.11		24	-.92	.68		22	.31	.17		PPxBT+	1.51
Offen.	144	-.13			86	-.60			34	.15			147	.15			81	.04			GxPM+	
8.23																	68	-.15				
249 FPIE-1	27	-1.13	1.18		85	.19	.88		137	.03	.10		24	.88	.72		22	.16	.09		PPxPM+	1.18
Extrav.	144	.21			86	-.19			34	-.13			147	-.14			81	.04			GxPM+	
4.96																	68	-.11				
250 FPIN-1	27	2.78	4.81+		85	-.71	8.46++		137	-.02	.02		24	-1.93	2.35		22	.42	.87			1.48
Em. Lab.	144	-.52			86	.71			34	.07			147	.31			81	.22				
6.49																	68	-.42				
Freiburger Persönlichkeits-Inventar FPI, Kurende T2																						
251 FPI2-2	27	-.56	.46		84	.14	.77		137	-.03	.19		26	1.04	1.64		21	.13	.64			1.10
Aggr.	143	.11			86	-.14			33	.14			146	-.17			84	.14				
2.67																	65	-.24			PPxGxBAxPM+	
252 FPI9-2	27	-.08	.00		84	.45	4.26+		137	-.04	.11		24	-.16	.02		21	-.54	.33		PPxBT+	1.09
Offen.	143	.02			86	-.44			33	.15			146	.03			84	.02				
8.31																	65	.15				
253 FPIE-2	27	-.98	.70		84	.22	.98		137	.08	.51		24	1.37	1.43		21	-.09	.10		PPxPM+	.87
Extrav.	143	.18			86	-.22			33	-.33			146	-.23			84	.09				
5.51																	65	-.10				
254 FPIN-2	27	.28	.05		84	-.59	6.27+		137	-.16	1.75		24	-.43	.13		21	.32	2.10		BAxPM+	1.76+
Em. Lab.	143	-.05			86	.58			33	.67			146	.07			84	.37				
6.13																	65	-.63				
Freiburger Persönlichkeits-Inventar FPI, Halbjahreskatamnese T3																						
255 FPI2-3	21	-.76	.68		82	.06	.12		132	-.01	.02		18	1.24	1.78		18	-.38	.51		PPxBT+	.67
Aggr.	139	.11			78	-.06			28	.05			142	-.16			75	.16				
2.59																	67	-.08				
256 FPI9-3	21	.28	.06		82	.19	.74		132	-.05	.21		18	.11	.01		18	.33	.26			.47
Offen.	139	-.04			78	-.20			28	.22			142	-.01			75	-.14				
8.59																	67	.08				
257 FPIE-3	21	-.28	.05		82	.17	.59		132	-.05	.22		18	.96	.62		18	-.62	.99		GxPM+	.98
Extrav.	139	.04			78	-.18			28	.24			142	-.12			75	.30				
5.54																	67	-.19				
258 FPIN-3	21	1.42	1.02		82	-.60	5.19+		132	-.06	.22		18	-.67	.22		18	.08	.45			1.21
Em. Lab.	139	-.21			78	.63			28	.28			142	.08			75	.23				
6.43																	67	-.30				

Fortsetzung Tabelle 54:

Variable M	N LVA N BfA	Abw LVA Abw BfA	Haupt-eff PP F	p	N Mä N Fr	Abw Mä Abw Fr	Haupt-eff G F	p	N BA Ja N BA Nein	Abw BA Abw BA Nein	Haupt-eff BA F	p	N BT wen. Höh. N BT Höh.	Abw BT wen. Höh. Abw BT Höh.	Haupt-eff BT F	p	N GT N Komb N VT	Abw GT Abw Komb Abw VT	Haupt-eff PM F	p	WW 1) 2 Weg 2) 3 Weg 3) 4 Weg	Var erkl
292 SES5-3	21	-1.64	8.63++		88	-.03	.06		146	.00	.01		18	.68	1.45		19	.62	2.39			1.50
Träg.	158	.22			91	.02			33	-.01			161	-.08			89	-.15	-		PPxBAxPM+	
5.06																	71	.03				
293 SES6-3	21	-.10	.01		88	-.03	.03		146	.03	.14		18	-.14	.02		19	.09	.01			.60
Müd.	158	.01			91	.03			33	-.15			161	.02			89	.00				
6.64																	71	-.03				
294 SES7-3	21	-2.52	9.64++		88	.35	5.50+		146	-.01	.04		18	2.29	7.72++		19	.48	.52		BAxPM+	1.22
Ausg. St.	158	.34			91	-.34			33	.06			161	-.26			89	-.05				
7.42																	71	-.07				
Fragebogen zur Erfassung subjektiver psychosozialer Belastungen im Zusammenhang mit Ehe, Familie und Beruf BFB, Kuranfang T1																						
295 BFB1-1	23	-1.63	.95		88	.20	.37		140	-.25	1.12		20	-.25	.02		20	2.03	3.12		GxBA+	1,49
Bel. i. Z. m.	145	.38			80	-.31			28	.79			148	.05			88	.31				
Ehe																	60	-1.25				
11.32																						
296 BFB2-1	26	1.09	.46		91	-.53	2.88		149	-.13	.34		23	-.13	2.13		22	-.47	.39		GxPM+	1.05
Überford.	160	-.25			50	.84			37	.42			163	.42			90	.33				
Arb.																	74	-.22				
14.35																						
297 BFB3-1	26	.73	.53		91	.29	2.27		149	-.34	5.90+		23	.78	.61		22	.25	.25		PPxG+	2.99+++
Unzufr. Arb.,	160	-.17			50	-.46			37	1.08			163	-.15			90	.09			PPxGxBA+	
Koll., Bez.																	74	-.23			PPxGxPM+	
8.47																					PPxBAxPM++	
																					GxBAxPM+++	
298 BFB4-1	22	-.51	.39		71	.04	.06		88	-.02	.03		19	.17	.04		18	.01	1.00		PPxPM+	.75
Bel. i. Z.	94	.12			45	-.06			28	.07			97	-.03			55	.25				
m. Ki.																	43	-.33				
5.59																						
Fragebogen zur Erfassung subjektiver psychosozialer Belastungen im Zusammenhang mit Ehe, Familie und Beruf, Kurende T2																						
299 BFB1-2	23	-.07	.00		88	-.10	.10		139	-.27	1.60		19	-1.60	.91		19	1.06	1.83			1.45
Bel. i. Z.	144	.01			79	.14			27	.88			147	.29			87	.37				
m. Ehe																	59	-.92				
11.21																						
300 BFB2-2	24	1.95	1.27		88	-.43	1.76		147	-.15	.50		21	-2.02	1.45		20	-.31	.06		GxPM++	1.15
Überford.	158	-.40			49	.61			35	.50			161	.37			89	.10				
Arb.																	73	.03				
14.37																						
301 BFB3-2	24	1.32	1.23		88	.26	1.42		147	-.29	3.79+		21	-.33	.08		20	-.30	.13			1.09
Unzufr. Arb.,	158	-.27			49	-.37			35	.93			161	.06			89	.00				
Koll., Bez.																	73	.13				
8.68																						
302 BFB4-2	19	.78	1.08		65	-.04	.07		85	.02	.06		17	-.26	.13		19	-.59	2.41			.53
Bel. i. Z.	92	-.16			46	.06			26	-.07			94	.05			50	.36				
m. Ki.																	42	-.16				
5.37																						
Fragebogen zur Erfassung subjektiver psychosozialer Belastungen im Zusammenhang mit Ehe, Familie und Beruf BFB, Halbjahreskatamnese T3																						
303 BFB1-3	21	-.50	.10		85	.03	.01		136	-.40	3.99+		18	-1.82	1.31		18	1.71	2.96			1.50
Bel. i. Z.	141	.10			77	-.06			25	1.49			143	.31			85	.43				
m. Ehe																	57	-1.16				
11.46																						
304 BFB2-3	21	1.22	.60		87	-.31	1.18		144	-.09	.23		18	-2.85	3.20		19	.02	.08		PPxBA+	.74
Überford.	159	-.25			93	.55			36	.36			162	.48			88	.13				
Arb.																	73	-.18				
13.31																						
305 BFB3-3	21	1.00	.46		87	.40	2.16		144	-.15	.67		18	-.71	.23		19	-.71	1.14			.79
Unzufr. Arb.,	159	-.21			93	-.69			36	.57			162	.12			88	.49				
Koll., Bez.																	73	-.42				
8.69																						
306 BFB4-3	19	-.66	.23		70	-.12	.23		87	.10	.34		16	.18	.02		14	.86	1.56			.47
Bel. i. Z.	91	.14			40	.21			23	-.38			94	-.03			55	.34				
m. Ki.																	41	-.75				
5.81																						

Fortsetzung Tabelle 54:

Variable M	N Abw LVA LVA N Abw BfA BfA	Haupt- eff PP F p	N Abw Mä Mä N Abw Fr Fr	Haupt- eff G F p	N Abw BA Ja BA Ja N Abw BA BA Nein Nein	Haupt- eff BA F p	N Abw BT BT wen. wen. Höh. Höh. N Abw BT BT Höh. Höh.	Haupt- eff BT F p	N Abw GT GT N Abw Komb Komb N Abw VT VT	Haupt- eff PM F p	WW 1) 2 Weg 2) 3 Weg 3) 4 Weg	Var erkl
Freiburger Beschwerdenliste FBL, Kuranfang T1												
271 FBL1-1	26	3.24	91	-1.36	149	-.25	23	.08	22	-1.13	PPxPM+	1.25
Allg.	160	-.51	95	1.30	37	1.02	163	-.01	90	-.59	BTxPM+	
25.33									74	1.12		
Freiburger Beschwerdenliste FBL, Kurende T2												
272 FBL1-2	26	-3.99	89	-1.41	145	-.24	22	2.70	23	-.26		1.39
Allg.	156	.66	93	1.35	37	.93	160	-.37	88	-.45		
21.31									71	.68		
Freiburger Beschwerdenliste FBL, Halbjahreskatamnese T3												
273 FBL1-3	21	-1.23	87	-1.92	144	-.27	18	-.20	19	-1.69		1.53
Allg.	159	.16	93	1.79	36	1.07	162	.02	88	.32		
22.53									73	.87		
Adjektivskalen zur Einschätzung der Stimmung SES, Kuranfang T1												
274 SES1-1	25	.30	86	.16	141	.09	23	.89	23	-.29		.96
Geh. St.	151	-.05	90	-.15	35	-.35	153	-.13	84	-.06		
5.85									69	.17		
275 SES2-1	25	-.56	86	.11	141	-.15	23	.28	23	.16	PPxBM+	.93
Mißst.	151	.09	90	-.11	35	.60	153	-.04	84	-.16		
4.45									69	.15		
276 SES3-1	25	-.42	86	.22	141	.11	23	.81	23	-.24	PPxBA+	1.36
Akt.	151	.07	90	-.22	35	-.46	153	-.13	84	.38		
7.62									69	-.42		
277 SES4-1	25	-.65	86	-.22	141	-.07	23	.11	23	.48	PPxG+	1.02
Gedr. St.	151	.11	90	.22	35	.28	153	-.02	84	-.12	PPxPM+	
4.67									69	-.01		
278 SES5-1	24	-1.65	86	.12	142	-.00	22	.93	23	.49		1.51
Trägh.	151	.26	93	-.11	37	.01	157	-.13	87	-.28		
5.02									69	.21		
279 SES6-1	24	-2.58	86	-.40	142	-.07	22	1.21	23	-.74		1.92+
Müd.	155	.40	93	.37	37	.28	157	-.17	87	.06		
8.09									69	.17		
280 SES7-1	24	-.01	86	.35	142	.11	22	.33	23	.43		1.43
Ausg. St.	155	.00	93	-.33	37	-.41	157	-.05	87	-.11		
7.15									69	.00		
Adjektiv-Skalen zur Einschätzung der Stimmung SES, Kurende T2												
281 SES1-2	25	-.43	90	-.12	149	.15	22	.22	22	-.13	GxPM+	1.27
Geh. St.	161	.07	96	.11	37	-.60	164	-.03	90	.30		
7.92									74	-.35		
282 SES2-2	25	-.15	90	.06	147	-.11	22	.83	22	-.10	PPxBA+	2.02++
Mißst.	161	.02	96	-.06	37	.45	164	-.11	90	-.17	PPxBT+	
3.59									74	.26		
283 SES3-2	25	.04	90	.22	149	.15	22	.09	22	-.38		1.46
Akt.	161	-.01	96	-.21	37	-.60	164	-.01	90	.38		
8.41									74	-.38		
284 SES4-2	25	-.88	90	.01	149	-.12	22	1.02	22	-.36	PPxBT++	1.74+
Gedr. St.	161	.14	96	-.00	37	.48	164	-.14	90	-.17		
3.92									74	.11		
285 SES5-2	25	-1.87	89	-.03	147	-.02	22	1.27	22	.10		1.13
Trägh.	156	.30	92	.03	34	.07	159	-.18	86	-.05		
5.56									73	.04		
286 SES6-2	25	-1.15	89	-.10	147	-.04	22	1.97	22	-.19		1.87+
Müd.	156	.18	92	.10	34	.18	159	-.27	86	-.24		
4.47									73	.36		
287 SES7-2	25	-1.56	89	.26	147	.01	22	.38	22	.08		1.80+
Ausg. St.	156	.25	92	-.25	34	-.02	159	-.05	86	.05		
8.36									73	-.08		
Adjektiv-Skalen zur Einschätzung der Stimmung SES, Halbjahreskatamnese T3												
288 SES1-3	21	-1.71	86	.16	143	.13	18	2.46	19	-.07		1.11
Geh. St.	154	.28	89	-.15	32	-.58	157	-.28	87	-.15		
6.23									63	.23		
289 SES2-3	21	.72	86	.12	143	-.07	18	.24	19	.00	GxPM+	1.57
Mißst.	154	-.10	89	-.12	32	.31	157	-.03	87	.12		
4.98									69	-.17		
290 SES3-3	21	-.95	86	.39	143	.12	18	1.24	19	.25	PPxPM+	1.25
Akt.	151	.13	89	-.38	32	-.55	157	-.14	87	.06		
8.07									69	-.16		
291 SES4-3	21	-.50	86	-.24	143	-.08	18	.17	19	.20	GxPM+	1.60+
Gedr. St.	154	.07	89	.23	32	.36	157	-.02	87	.15	BAxPM+	
4.75									69	-.27		

Variable M	N Abw LVA N Abw BfA BfA	Haupt-eff PP F p	N Mä N Abw Fr Mä Abw Fr	Haupt-eff G F p	N BA Ja N BA Nein Abw BA Ja Abw BA Nein	Haupt-eff BA F p	N BT wen. Höh. N BT Höh. Abw BT wen. Höh. Abw BT Höh.	Haupt-eff BT F p	N GT N Komb N VT Abw GT Komb Abw VT	Haupt-eff PM F p	WW 1) 2 Weg 2) 3 Weg 3) 4 Weg	Var-erkl
Einschätzung der Patienten durch den Gruppenarzt und die Gruppenbetreuerin (Arzt- und Betreuerin-Rating), Kurende T2												
307 Pos.	28 8.70	67.17+++	83 1.29	27.82+++	146 .31	7.47++	31 -.43	1.28	25 .04	.28		19.05+++
Kurerf.,günst.	156 1.56		101-1.06		38-1.20		153 2.35		87 .14			
Prog. Arzt									72 -.20			
Arztr. 1)												
308 Ps. ger.	29-1.52	2.23	92 .88	16.14+++	159 .05	.26	33 -.53	.22	25 -.74	.91		2.76++
Auff. u. pos.	169 .26		106 -.76		39 -.21		165 .13		97 .20			
Kurerf.									74 -.01			
Betr. (Betr. r.)												
309 Psycho-	28 .92	1.77	83 -.85	28.50+++	146 .04	.26	31 -.28	.28	25 -.24	.34		2.46++
som. Gest.	156 -.17		101 .70		38 -.15		153 .21		87 .11			
Arzt (Artzr. 2)									72 -.05			
Anamnestischer Erhebungsbogen, Kuranfang T1												
(N bei Variablen Nr. 67-70 abweichend, da nur auf Raucher bzw. ehemalige Raucher beschränkt)												
1 Alt.	27-4.69	3.67	92 .51	1.24	150 -.32	1.91	24 1.11	.21	23 1.73	.94		1.06
41.63	162 .78		97 -.48		39 1.22		165 -.16		92 -.39			
									74 -.04			
34 Z. d. z.	27-2.50	.54	91 1.00	2.47	148 .21	.43	24-3.93	1.35	23 .54	.26		1.65+
Erhol. gen.	160 .42		96 -.95		39 -.81		163 .58		91 -.42			
Url.-T.									73 .39			
17.57												
36 Häufigk.	27 -.10	.02	92 -.02	.02	149 -.01	.03	24 -.26	.11	23 -.26	1.83		.64
d. Krankm.	161 .02		96 .02		39 .05		164 .04		91 .26			
1.2 J.									74 -.26			
2.13												
37 Dauer	27 -.52	.03	92 .76	1.99	149 -.68	6.14+	24 1.02	.12	23 -.98	.31	GxPM+	1.99
d. Krankm.	161 .09		96 -.73		39 2.60		164 -.15		91 -.13		PPxBAxPM+	
1.2 J.									74 .50		GxBAxPM+++	
5.70												
54 St.	21 -.33	.20	89 .19	2.52	144 .03	.28	19 .80	1.21	19 -.41	.73		.68
Erhol./T.	157 .04		89 -.19		34 -.14		159 -.10		88 -.02			
2.34									71 .15			
58 St.	26 -.29	.36	91 .06	.51	146 -.05	1.26	23 .28	.35	21 -.14	.21		.79
Schlaf	159 .05		94 -.06		39 .19		162 -.04		92 -.02			
7.04									72 .07			
62 Kaffee-	26 -.73	.72	91 .04	.07	147 -.13	3.42	24 -.90	1.18	22 -.21	.17	PPxPM+	2.06++
bzw. Tee-	159 .12		94 -.04		38 .51		161 .13		91 .06			
kons./T.									72 -.02			
3.41												
63 Bier-	26 1.36	2.98	91 .97	57.86+++	147 .03	.19	24 .28	.13	22 -.05	.27	PPxBA+	6.48+++
kons./Wo.	159 -.22		94 -.94		38 -.11		161 -.04		91 .08		BAxPM+	
1.57									72 -.10			
64 Wein-	26 -.01	.00	91 .08	.73	147 .08	2.45	24 .29	.26	22 -.13	.29		.91
kons./Wo.	159 .00		94 -.08		38 -.30		161 -.04		91 .07			
.72									72 -.05			
65 Kons.	27 -.30	.37	92 .33	12.76+++	148 .00	.01	24 .04	.01	23 -.32	1.53		1.28
hochproz.	160 .05		95 -.32		39 -.01		163 -.01		92 .14			
Getr./Wo.									72 -.09			
.68												
67 J. Rauch.	6-2.85	.20	33 1.55	1.99	52 -.68	2.26	6 6.05	.76	8 .32	.01	GxBA+	.77
18.10	54 .32		27-1.89		8 4.42		54 -.43		28 .01			
									23 -.13			
68 Rauch.	4-4.12	.83	29 .15	.05	37 -.09	.05	6 2.90	.43	4 -.08	.18		.57
aufgeh.	39 .42		14 -.31		6 .56		37 -.30		16 -.65			
8.07									23 .60			
69 J. ger.	5-4.71	.64	32 1.90	5.14+	40 -.19	.14	5 1.07	.03	4 4.70	.51		1.22
13.83	41 .57		14-4.34		6 1.28		41 -.13		19 -.22			
									23 -.70			
70 Ziga-	11-3.37	.39	58 3.37	12.90+++	85 -.58	1.72	9 -.95	.03	12-1.10	.07		1.13
rett./T.	87 .42		40-4.88		13 3.78		89 .10		47 .31			
16.22									39 -.07			
74 Schlaf-	26 .35	.51	91 .02	.04	150 .04	.66	23 -.37	.58	22 -.00	.08	PPxPM+	.92
tbl. i. l. J.	162 -.06		97 -.02		38 -.14		165 .05		92 .03		BTxPM+++	
.58									74 -.04			
75 Beruh.-	26 1.04	2.20	91 -.25	3.70+	150 .01	.02	23-1.22	3.06	22 -.23	.46		1.38
tbl. i. l. J.	162 -.17		97 .24		38 -.04		165 .17		92 .11		GxBAxPM+	
1.67									74 -.07			
76 Schmerz-	26 -.08	.03	91 -.22	5.70+	150 .07	2.57	23 .32	.43	22 -.10	.56	PPxG+	1.99++
tbl. i. l. J.	162 .01		97 .20		38 -.28		165 -.04		92 -.07		GxBA++	
1.26									74 .12		BAxPM+	

Fortsetzung Tabelle 54:

Variable M	N LVA N BfA	Abw LVA	Haupt-eff PP F	p	N Mä N Fr	Abw Mä Abw Fr	Haupt-eff G F	p	N BA Ja N BA Nein	Abw BA Ja Abw BA Nein	Haupt-eff BA F	p	N BT wen. Höh. N BT Höh.	Abw BT wen. Höh. Abw BT Höh.	Haupt-eff BT F	p	N GT N Komb N VT	Abw GT Abw Komb Abw VT	Haupt-eff PM F	p	WW 1) 2 Weg 2) 3 Weg 3) 4 Weg	Var erkl
78 Abführ-	24	-.04	.00		89	-.45	16.00+++		148	-.01	.02		22	.01	.00		22	-.18	.26		PPxG+	1.67+
tbl. i. l. J.	162	.01			97	.41			38	.03			164	-.00			90	-.03				
.85																	74	.09				
79 Sonst.	24	.50	.33		89	-.10	.45		148	.01	.03		22	-.24	.08		22	-.82	1.87			.77
Medik. i. l. J.	162	-.07			97	.09			38	-.05			164	.03			90	.02				
1.46																	74	.23				
80 Z. bish.	27	-.16	.01		92	-.20	.79		150	-.23	4.33+		24	-.77	.44		23	.05	.25			.87
Krankh.-	162	.03			97	.19			39	.88			165	.11			92	.13				
aufenth.																	74	-.19				
3.42																						
81 bish.	27	.77	.72		92	-.18	1.21		150	-.09	1.14		24	-1.40	2.47		23	.03	.19		BAxPM++	1.13
Operat.	162	-.13			97	.17			39	.34			165	.20			92	.09				
2.04																	74	-.12				
82 Z. bish.	27	-.89	1.95		92	-.14	1.38		150	.01	.01		24	.13	.04		23	.32	.42			.74
Kuraufenth.	162	.15			97	.13			39	-.03			165	-.02			92	-.05				
1.12																	74	-.04				
Katamnestischer Erhebungsbogen, Halbjahreskatamnese T3																						
(N bei Variable Nr. 139 abweichend, da nur auf Zigarettenraucher begrenzt)																						
Σ84, 85, 86	21	6.86	91.25		89	-.09	1.81		147	.03	.72		18	-.71	4.08+		19	.05	1.03		BAxPM++	15.58+++
Katamn. BdK	162	-.89			94	.08			36	-.11			165	.08			90	.07			PPxBAxPM+	
12.33																	74	-.11			GxBAxPM+	
98 Ern. beib.	21	-.21	.22		89	.02	.10		144	.02	.39		18	.29	.42		19	-.12	.68			1.01
2.77	159	.03			91	-.02			36	-.10			162	-.03			88	.08				
																	73	-.08				
122 Häufigk.	21	-.26	.72		88	-.12	4.57+		144	-.01	.09		18	.03	.01		19	.01	.62			1.21
Krankm. l.	159	.03			92	.11			36	.03			162	-.00			87	.05				
6 Mon.																						
.44																						
123 Dauer	21	.23	.06		88	.31	3.36		144	-.41	24.78+++		18	.37	.16		19	-1.25	3.32+		PPxG+	13.99+++
Krankm. l.	159	-.03			92	-.29			36	1.64			162	-.04			87	.26			PPxBA++	
6 Mon.																	74	.00			GxBA+++	
1.13																					GxPM+++	
																					BAxPM+++	
127 Beurt.	21	.30	.76		85	-.06	.95		136	.05	2.94		18	-.07	.05		17	.01	.29			1.04
Ges.-Zust.	147	-.04			83	.06			32	-.23			150	.01			82	.04			GxBAxPM+	
																	69	-.06				
128 St.	21	-.18	.08		85	.11	.83		136	-.04	.49		18	-.29	.20		17	-.04	.24			1.23
Erhol./T.	147	.03			83	-.11			32	.18			150	.03			82	.08			PPxGxBA+	
2.37																	69	-.09			GxBAxPM+++	
130 St.	21	-.19																				
körp. Bet./Wo.	159	.03	.15		89	.18	3.90+		145	.04	.95		18	.53	1.15		19	-.09	.09			.92
2.38					91	-.17			35	-.18			162	-.06			87	.03			GxBAxPM+	
																	74	-.01				
131 Kaffee-	21	-.88	1.56		88	-.06	.21		144	.02	.11		18	.13	.03		19	-.09	.34			1.11
bzw. Tee-	159	.12			92	.06			36	-.08			162	-.01			88	.10				
kons./T.																	73	-.10				
3.01																					PPxG+	4.51++
132 Bier-	21	.60	.87		88	.75	41.06+++		144	.04			18	.32	.24		19	.22	.28		PPxPM+	
kons./Wo.	159	-.08			92	-.72			36	-.18			162	-.04			88	.11			BTxPM+	
1.20																	73	-.20				
133 Kons.																					PPxGxBAx PM+++	
hochproz. Ge-	21	-.65	1.31		88	.35	10.51+++		144	-.01	.06		18	.01	.00		19	-.18	.16			1.75+
tr./Wo.	159	.09			92	-.33			36	.05			162	-.00			88	.01			GxBAxPM+	
.76																	73	.04				
134 Wein-	21	-.18	.08		88	.09	.66		144	-.01	.02		18	-.13	.04		19	-.13	.52			.54
kons./Wo.	159	.02			92	-.09			36	.03			162	.01			88	.11				
.83																	73	-.10				
139 Ziga-	5	.89	.03		31	2.53	6.96+		50	-.82	4.74+		5	.65	.13		8	1.26	.13			1.35
rett./T.	52	-.09			26	-3.02			7	5.88			48	-.04			27	.00				
11.02																	22	-.53				
143 Schlaf-	21	-.32	.55		86	-.06	.61		141	.95	1.85		17	.39	.75		19	.05	.10			.85
tbl. l. 6 Mon.	156	.06			91	.05			36	-.19			160	-.04			86	-.03				
.34																	72	.02				
144 Beruh.-	21	.12	.03		86	-.10	.78		141	.02	.02		17	.03	.00		19	.22	4.52+			2.10++
tbl. l. 6 Mon.	156	-.02			91	.10			36	-.02			160	-.00			86	.27				
.99																	72	-.41				
145 Schmerz-	21	.60	.91		86	-.19	3.15		141	.04	.57		17	-.29	.19		19	-.33	.85			1.14
tbl. l. 6 Mon.	156	-.08			91	.18			36	-.15			160	.03			86	-.05				
1.02																	72	.15				

Fortsetzung Tabelle 54:

Variable M	N LVA N BfA	Abw LVA Abw BfA	Haupt-eff pp F p	N Mä N Fr	Abw Mä Abw Fr	Haupt-eff G F p	N BA Ja N BA Nein	Abw BA Ja Abw BA Nein	Haupt-eff BA F p	N BT wen. Höh. N BT Höh.	Abw BT wen. Höh. Abw BT Höh.	Haupt-eff BT F p	N GT N Komb N VT	Abw GT Abw Komb Abw VT	Haupt-eff PM F p	WW 1) 2 Weg 2) 3 Weg 3) 4 Weg	Var erkl F p
147 Abführ-	21	-.39	.38	87	-.37	12.56+++	141	-.04	.51	17	.09	.02	19	.16	.90		1.51
tbl. 1.6 Mon.	156	.05		90	.36		36	.15		160	-.01		86	-.13			
.73													72	.13			
148 Sonst.	21	.34	.17	87	-.04	.08	141	-.09	1.69	17	-.62	.52	19	.22	.25		.81
Medik.	156	-.05		90	.04		36	.34		160	.07		86	-.08			
1.6 Mon.													72	.04			
1.07																	
152 Ggw.	21	-.32	.01	87	7.29	120.01+++	140	-.01	.00	18	3.68	1.01	19	-2.91	1.46	PPxPM+	7.66+++
Körp. gew.	154	.04		88	-7.21		35	.02		157	-.42		86	-.32		BTxPM+++	
66.37													71	1.22		PPxBAxPM++	
164 Zuv.	21	.26	.55	84	-.06	.77	136	.03	1.04	17	.12	.11	19	-.36	1.65	PPxBT+	1.78+
Ges.	149	-.03		86	.06		33	-.13		152	-.01		84	.03		GxBA+	
2.44													67	.06		PPxGxBA+	
																GxBAxPM+++	
165 Zuv.	21	.11	.09	84	.03	.14	136	-.01	.03	17	.10	.08	19	-.07	.33		.82
Ber.	149	-.02		86	-.02		33	.03		152	-.01		84	-.04			
2.64													67	.07			
166 Zuv.	21	-.17	.20	84	.10	2.14	136	-.04	1.08	17	.35	.83	19	-.48	2.45	PPxG+	1.07
Fam.	149	.02		86	-.10		33	.15		152	-.04		84	.06			
2.82													67	.07			
167 Zuv.	21	-.19	.39	84	-.03	.21	136	-.01	.10	17	.06	.04	19	-.08	.11	PPxG+	.73
sonst. Bez.	149	.02		86	.03		33	.04		152	-.01		84	.01			
2.73													67	.00			

Psychologisches Interview, Kuranfang T1

(N für Variablen Nr. 173-180 abweichend, da varianzanalytische Auswertung ohne Einschluß der Nullwerte nur für Einstufung tatsächlich angegebener Lebensereignisse)

169 Anstr.	27	.65	3.27	92	-.10	2.35	150	-.01	.14	24	-.39	1.67	23	.00	.65	PPxPM++	1.76+
1.39	162	-.11		97	.10		39	.05		165	.06		92	-.07		BAxPM+	
													74	.09		BTxPM+	
170 Eig.-	27	.99	3.87+	92	.09	.80	150	.05	.98	24	.10	.04	23	-.02	4.32+		1.92+
Fremd-Init.	162	-.17		97	-.08		39	-.19		165	-.02		92	-.24			
2.42													74	.33			
171 Sorg.	27	.72	5.92+	92	.00	.01	150	.00	.00	24	-.52	2.89	23	-.02	.66		2.15++
Arb.Pl.	162	-.12		97	-.00		39	-.00		165	.08		92	.06		PPxPM+++	
1.34													74	-.07		BTxPM+++	
172 Sorg.	27	1.44	6.62+	92	-.12	1.31	150	-.02	.12	24	-.97	3.05	23	.34	.71		1.37
Fam.	162	-.24		97	.11		39	.07		165	.14		92	.01			
2.24													74	-.12			
173 Er. Fam.	19	.30	.24	47	.12	.70	92	-.09	2.46	21	-.71	1.25	13	.35	.52	PPxG+	1.49
unang.	94	-.06		66	-.08		21	.40		92	.12		62	.00		GxBT+	
3.38													38	-.13		PPxGxBA+	
																PPxBAxPM++	
174 Er. Fam.	18	.90	1.50	46	-.05	.11	91	-.03	.18	20	-.39	.39	12	.43	1.96		
bel.	94	-.17		66	.04		21	.13		92	.09		62	.13			
3.73													38	-.39			
175 Er. Ber.	9	-.38	.22	39	.08	.38	63	-.07	1.12	7	1.80	1.87	10	.28	.61	PPxG+	1.75
unang.	71	.05		41	-.07		17	.28		73	-.20		35	.07		PPxPM+	
3.20													35	-.17			
176 Er. Ber.	10	1.48	2.66	40	.12	.70	64	-.05	.39	8	-.80	1.11	11	.49	.45		1.45
bel.	71	-.21		41	-.12		17	.18		73	.13		35	.09			
3.38													35	-.06			
177 Er. Ges.	14	.84	4.63+	66	-.02	.09	108	-.04	1.79	17	-.63	1.33	14	-.09	3.88+	GxPM++	2.24++
unang.	122	-.10		70	.02		28	.17		119	.07		66	.16		BTxPM+	
4.23													54	-.19			
178 Er. Ges.	13	1.76	8.49++	65	-.02	.05	107	.05	.85	17	-.69	1.03	13	.15	.48		1.69
bel.	122	-.19		70	.02		28	-.18		119	.09		66	.06			
3.61													57	-.12			
179 Er.wirtsch.	8	.82	.82	29	-.15	.60	53	-.03	.14	7	-1.12	2.32	6	-.52	.46	PPxG+	1.17
unang.	55	-.12		34	.13		10	.17		54	.75		28	.13			
3.08													24	-.08			
180 Er.wirtsch.	8	1.58	3.22	29	-.21	1.22	53	.01	.00	9	-.49	.21	6	.09	.04		1.15
bel.	55	-.23		34	.18		10	-.03		54	.08		33	.03			
3.29													24	-.07			
183 Soz. ps.-	27	-1.46	5.20+	92	-.04	.12	150	.00	.00	24	1.16	3.29	23	-.28	.75		1.09
som. Zus.	162	.24		97	.04		39	-.00		165	-.17		92	-.07			
3.37													74	.18			
184 Ki.	27	1.41	6.77++	92	.10	1.06	150	-.16	9.88++	24	-1.08	4.03+	23	-.05	1.01	PPxBA+	2.04++
glückl.-ungl.	162	-.24		97	-.10		39	.61		165	.16		92	.13		P P x G x BA+	
2.81													74	-.15			

Fortsetzung Tabelle 34:

Variable M	N LVA N BfA	Abw LVA Abw BfA	Haupt-eff PP F	p	N Mä N Fr	Abw Mä Abw Fr	Haupt-eff G F	p	N BA Ja N BA Nein	Abw BA Ja Abw BA Nein	Haupt-eff BA F	p	N BT wen. Höh. N BT Höh.	Abw BT wen. Höh. Abw BT Höh.	Haupt-eff BT F	p	N GT N Komb N VT	Abw GT Abw Komb Abw VT	Haupt-eff PM F	p	WW 1) 2 Weg 2) 3 Weg 3) 4 Weg	Var erkl F	p
185 Ki. ger.	27	1.84	10.74	+++	92	-.22	4.59	+	150	-.06	1.34		24	-1.30	5.48	+	23	-.12	.22			1.67	+
unger.	162	-.31			97	.21			39	.23			165	.19			92	.06					
2.79																	74	-.04					
186 Ki. str.	27	-.60	1.20		92	.15	2.08		150	-.03	.42		24	.32	.33		23	.08	1.12			1.37	
n. str.	162	.10			97	-.14			39	.13			165	-.05			92	-.14					
2.57																	74	.16					
187 Selbst-	27	.71	1.40		92	-.07	.38		150	-.03	.22		24	-.40	.46		23	.30	1.16			.97	
zufr.	162	-.12			97	.06			39	.10			165	.06			92	.08			PPxGxPM		
2.83																	74	-.21					
188 Ehrg.	27	-.33	.34		92	-.12	1.29		150	-.01	.01		24	.12	.05		23	.06	.29			1.02	
2.30	162	.05			97	.11			39	.02			165	-.02			92	-.07					
																	74	.08					
189 Nutz.	27	-.24	.25		92	-.23	6.99	++	150	-.00	.00		24	.06	.02		23	-.09	.06			1.30	
psychol. Unt.	162	.04			97	.22			39	.00			165	-.01			92	.01					
2.35																	74	.01					
190 Klags.	27	.20	.14		92	.07	.48		150	-.07	2.03		24	-.28	.30		23	.20	.95			1.80	+
2.96	162	-.03			97	-.07			39	.26			165	.04			92	.08			GxBAxPM+++		
																	74	-.17					
191 Mitt.	27	.19	.16		92	.24	7.17	++	150	-.05	1.00		24	-.07	.02		23	.56	2.46			1.91	+
Soz.	162	-.03			97	-.23			39	.17			165	.01			92	.00					
3.21																	74	-.18					
192 Mitt.	27	.32	.38		92	-.16	2.79		150	.02	.15		24	.02	.00		23	.70	3.09	+		1.87	+
Int.	162	-.05			97	.15			39	-.07			165	-.00			92	-.03					
2.96																	74	-.18					
193 Symp.	27	.56	2.35		92	-.22	14.48	+++	150	.00	.01		24	-.04	.01		23	-.38	1.94		PPxBT+	1.81	+
2.17	162	-.09			97	.21			39	-.01			165	.01			92	.00					
																	74	.12			PPxGxBAxPM+		
194 SE	27	-.32	.49		92	.04	.28		150	-.04	1.07		24	.57	1.56		23	-.25	1.80			.87	
2.57	162	.05			97	-.04			39	.17			165	-.08			92	.15					
																	74	-.12					
Medizinische Variablen (Nr. 310-317 Termin jeweils angegeben, Nr. 319-327 T1)																							
310 Größe	27	1.69	.44		92	6.00	160.79	+++	148	-.06	.05		24	-.87	.11		23	-1.54	1.30		PPxBA+	9.15	+++
168.22	160	-.28			95	-5.81			39	.22			163	.13			91	.33					
																	73	.95					
311 Gew.	27	.59	.01		92	7.50	71.50	+++	150	.49	1.21		24	6.07	1.65		23	-6.56	3.12	+	BTxPM+	5.56	+++
Kuranf.	160	-.10			97	-7.11			39	-1.88			163	-.88			91	.43			PPxBAxPM+		
69.66																	74	1.54					
312 Gew.	27	2.29	.39		92	7.03	78.94	+++	150	.30	.64		150	4.60	1.37		23	-5.41	3.01			4.73	+++
Kure.	160	-.39			97	-6.10			39	-1.21			39	-.87			92	.28			PPxGxBA++		
67.23																							
313 psR	26	-5.43	.53		91	3.25	5.53	+	147	.14	.04		23	2.01	.07		23	-4.51	1.41			1.14	
Kuranf.	160	.88			95	-3.11			39	-.51			163	-.28			90	-1.05					
134.35																	73	2.83					
314 pdR	26	3.75	.60		91	-.24	.07		147	.55	1.48		23	-.31	.00		23	-.29	.49			.76	
Kuranf.	160	-.61			95	.23			39	-2.09			163	.04			90	-.73					
85.22																	73	1.07					
315 psR	21	-5.51	1.08		90	2.99	9.61	++	145	.22	.22		18	8.18	2.32		19	-.86	.06			1.09	
Kure.	160	.72			91	-2.96			36	-.90			163	-.90			89	-.11					
120.99																	73	.38					
316 pdR	21	1.96	.26		90	1.66	5.61	+	145	.19	.29		18	3.70	.90		19	.95	1.96			1.39	
Kure.	160	-.26			91	-1.64			36	-.75			163	-.41			89	-1.02					
78.65																	73	1.08					
317 Puls	26	-.96	.04		84	-.24	.07		126	.03	.00		23	-.53	.01		22	-1.34	.46		PPxG+	1.27	
Kuranf.	136	.18			78	.25			36	-.10			139	.09			76	-.54			PPxGxPM+		
36.17																	64	1.18					
319 Cho-	27	17.03	1.07		92	10.40	11.55	+++	148	-1.33	.72		24	11.78	.52		23	15.15	1.41		GxBA++	3.42	+++
lest.	160	-2.87			95	-10.07			39	5.04			163	-1.73			91	-.74			PPxGxBA+++		
224.61																	73	-3.98					
323 Trigl.	27	57.21	9.78	++	92	8.66	6.49	+	148	.99	.33		24	-9.09	.25		23	-27.55	3.86		PPxG+	3.82	+++
119.11	160	-9.65			95	-8.38			39	-3.77			163	1.34			91	4.91			PPxGxPM++		
																	73	2.46					
327 Harns.	27	-31.09	58.73	+++	00	-.01	.00		86	-.15	.09		24	-1.47	.12		18	-5.02	1.97			22.70	+++
39.60	74	11.34			11	.09			15	.85			77	.46			48	1.79					
																	35	-.03					

Tab. 55: t-Test für abhängige Stichproben zur Prüfung des Mittelwertunterschiedes in den metrischen Variablen der gesamten, der männlichen und der weiblichen Gruppe der BfA-Kurpatienten mit zusätzlicher psychologischer Behandlung zwischen Kuranfang (T1) und Kurende (T2) sowie zwischen T1 und Halbjahreskatamnese (T3). Darstellung jeweils untereinander für diese drei Gruppen von: Stichprobenumfang (N), Mittelwert (M), Standardabweichung (s), Standardfehler (s_e) für Variablen und Differenzen (Diff) zwischen T1 und T2, T1 und T3, Korrelationen (Stabilitätskoeffizienten) zwischen den Variablenausprägungen an jeweils zwei Terminen (r), p-Wert für r (p r, zweiseitig), t-Wert für Differenz (t Diff), p-Wert für Differenz (p). Beschränkung der Kennwerte auf jeweils an zwei Terminen vorliegendes N. Anordnung T1-T2 links, T1-T3 rechts (Werte pro Termin jeweils untereinander).

	N	MT1 MT2	sT1 sT2	s_eT1 s_eT2	M Diff	s Diff	s_e Diff	rT1-T2	p r (2s)	t Diff	p (2s)	N	MT1 MT3	sT1 sT3	s_eT1 s_eT3	M Diff	s Diff	s_e Diff	rT1-T3	p r (2s)	t Diff	p (2s)
Psychol. Fragebogen KKB																						
KKB1 Seel. psychosoz. Probl., Ps.-Th.	156	15.50 14.99	5.64 5.23	.45 .41	.51	3.55	.28	.78	.000	1.78	.077	159	15.42 15.12	5.52 5.56	.43 .44	.30	4.44	.35	.67	.000	.86	.393
	73	14.89 14.31	5.76 5.06	.67 .59	.53	3.26	.38	.82	.000	1.51	.137	72	14.98 14.20	5.74 5.70	.67 .67	.78	4.00	.47	.75	.000	1.65	.104
	83	16.03 15.59	5.51 5.34	.60 .58	.44	3.81	.41	.75	.000	1.07	.290	87	15.79 15.88	5.34 5.36	.57 .57	.09	4.76	.51	.60	.000	-.18	.857
KKB2 Streß und Schon.	165	12.03 11.01	2.23 2.35	.17 .18	1.02	2.09	.16	.58	.000	6.29	.000	163	12.03 10.51	2.21 2.30	.17 .18	1.53	2.24	.17	.50	.000	8.73	.000
	74	11.71 10.39	2.32 2.23	.27 .26	1.32	2.09	.24	.57	.000	5.44	.000	73	11.73 10.16	2.32 2.27	.27 .26	1.57	2.24	.26	.52	.000	6.00	.000
	91	12.29 11.51	2.14 2.33	.22 .24	.78	2.07	.21	.57	.000	3.60	.001	90	12.27 10.77	2.11 2.29	.22 .24	1.50	2.25	.23	.47	.000	6.31	.000
KKB3 Körperleid. u. Org.-Med.	156	10.33 9.60	2.68 2.99	.21 .24	.73	2.59	.20	.58	.000	3.51	.001	155	10.38 9.42	2.73 2.98	.21 .23	.96	2.53	.20	.61	.000	4.73	.000
	73	10.80 9.83	2.74 3.04	.32 .35	.97	2.48	.29	.63	.000	3.35	.001	71	10.81 9.73	2.77 3.18	.33 .37	1.08	2.67	.31	.60	.000	3.42	.001
	83	9.92 9.40	2.57 2.95	.28 .32	.52	2.69	.29	.53	.000	1.75	.083	84	10.01 9.15	2.65 2.79	.28 .30	.86	2.41	.26	.60	.000	3.25	.002
KKB4 Bel. u. unbefr. Arb. Sit., H. z. Zufr.	166	6.02 6.03	1.93 1.84	.15 .14	-.01	1.57	.12	.65	.000	-.10	.921	165	6.03 6.85	1.93 6.94	.15 .54	-.82	6.82	.53	.19	.011	-1.55	.123
	74	6.20 5.94	2.10 1.89	.24 .22	.26	1.68	.19	.65	.000	1.31	.193	74	6.20 7.78	2.10 10.08	.24 1.17	-1.58	9.99	1.16	.14	.216	-1.36	.178
	92	5.88 6.10	1.79 1.80	.18 .18	-.22	1.45	.15	.67	.000	-1.51	.135	91	5.89 6.09	1.78 1.99	.18 .20	-.20	1.71	.18	.59	.000	-1.16	.249
HG																						
HG1 Mißtr. geg. Ärzte u. Therap.	162	4.12 4.14	1.22 1.24	.09 .09	-.02	.83	.06	.77	.000	-.28	.777	159	4.08 4.32	1.21 1.31	.09 .10	-.24	1.01	.08	.68	.000	-2.97	.003
	72	4.02 4.05	1.15 1.20	.13 .14	-.03	.87	.10	.72	.000	-.27	.788	70	3.98 4.27	1.13 1.29	.13 .15	-.29	.96	.11	.69	.000	-2.48	.016
	90	4.20 4.21	1.27 1.27	.13 .13	-.01	.80	.08	.80	.000	-.13	.895	89	4.16 4.37	1.27 1.33	.13 .14	-.20	1.05	.11	.67	.000	-1.80	.075
HG2 Risikovermeid.	165	3.93 3.77	.95 .90	.07 .07	.16	.60	.04	.79	.000	3.35	.001	163	3.93 3.71	.95 .85	.07 .06	.21	.60	.04	.78	.000	4.52	.000
	72	4.19 3.97	1.00 .91	.11 .10	.22	.58	.06	.81	.000	3.21	.002	71	4.18 3.92	1.00 .88	.11 .10	.25	.67	.08	.75	.000	3.19	.002
	93	3.73 3.62	.87 .87	.09 .09	.11	.61	.06	.75	.000	1.68	.096	92	3.73 3.55	.87 .79	.09 .08	.18	.55	.05	.78	.000	3.20	.002

Fortsetzung Tabelle 55:

	N	MT1 MT2	sT1 sT2	s_eT1 s_eT2	M Diff	s Diff	s_e Diff	rT1-T2	p r (2s)	t Diff	p (2s)	N	MT1 MT3	sT1 sT3	s_eT1 s_eT3	M Diff	s Diff	s_e Diff	rT1-T3	p r (2s)	t Diff	p (2s)
HG3 Beacht. v. Krankh. anz.	164	4.53 4.43	1.13 1.10	.08 .08	.10	.79	.06	.74	.000	1.58	.117	161	4.53 4.36	1.13 1.07	.08 .08	.17	1.01	.07	.58	.000	2.11	.036
	72	4.63 4.38	1.07 1.04	.12 .12	.25	.86	.10	.66	.000	2.44	.017	71	4.64 4.46	1.08 1.04	.12 .12	.18	1.07	.12	.49	.009	1.44	.155
	92	4.45 4.47	1.17 1.15	.12 .12	-.02	.71	.07	.81	.000	-.29	.770	90	4.44 4.28	1.17 1.10	.12 .11	.15	.96	.10	.64	.000	1.54	.127
HG4 Mißtr. geg. eig. Körp.	162	4.69 4.78	1.04 1.09	.08 .08	-.09	.82	.06	.70	.000	-1.34	.183	157	4.70 4.78	1.03 1.10	.08 .08	-.08	.97	.07	.58	.000	-1.07	.288
	71	4.90 5.18	1.08 1.03	.12 .12	-.28	.86	.10	.66	.000	-2.74	.008	70	4.92 5.04	1.06 1.05	.12 .12	-.11	.82	.09	.69	.000	-1.16	.251
	91	4.53 4.47	.99 1.03	.10 .10	.06	.75	.07	.72	.000	.83	.408	87	4.52 4.58	.98 1.10	.10 .11	-.06	1.08	.11	.47	.000	-.50	.622
FPI																						
FPI2 Aggr.	158	2.28 2.54	1.82 1.89	.14 .15	-.26	1.08	.08	.83	.000	-3.01	.003	158	2.25 2.69	1.83 3.04	.14 .24	-.44	2.66	.21	.49	.000	-2.06	.041
	70	2.44 2.74	2.04 2.01	.24 .24	-.30	1.08	.12	.85	.000	-2.32	.023	71	2.40 2.88	2.04 4.04	.24 .48	-.48	3.68	.43	.42	.000	-1.10	.277
	88	2.15 2.38	1.63 1.79	.17 .19	-.23	1.09	.11	.80	.000	-1.96	.054	87	2.13 2.54	1.65 1.89	.17 .20	-.40	1.38	.14	.70	.000	-2.71	.008
FPI9 Offen.	159	8.03 8.26	2.75 2.82	.21 .22	-.23	1.53	.12	.84	.000	-1.86	.065	157	8.02 8.31	2.72 2.78	.21 .22	-.29	2.02	.16	.72	.000	.22	.823
	72	8.58 8.68	2.91 3.01	.34 .35	-.10	1.34	.15	.89	.000	-.61	.541	70	8.51 8.45	2.91 2.81	.34 .33	.06	2.12	.25	.72	.000	.22	.823
	87	7.58 7.91	2.55 2.62	.27 .28	-.33	1.68	.18	.78	.000	-1.85	.068	87	7.63 8.20	2.51 2.76	.27 .29	-.57	1.91	.20	.74	.000	-2.80	.006
FPIE Extrav.	163	5.07 5.53	2.47 2.72	.19 .21	-.46	1.25	.09	.88	.000	-4.67	.000	162	5.03 5.60	2.50 2.78	.19 .21	-.57	1.63	.12	.81	.000	-4.42	.000
	74	5.24 5.77	2.68 2.94	.31 .34	-.53	1.14	.13	.92	.000	-3.94	.000	74	5.24 5.70	2.68 2.98	.31 .34	-.46	1.55	.18	.85	.000	-2.54	.013
	89	4.93 5.33	2.29 2.52	.24 .26	-.40	1.34	.14	.84	.000	-2.83	.006	88	4.86 5.52	2.35 2.60	.25 .27	-.66	1.70	.18	.76	.000	-3.63	.000
FPIN Em. Lab.	146	6.30 6.13	3.11 3.08	.25 .25	.17	1.79	.14	.83	.000	1.16	.250	144	6.24 6.19	3.09 3.38	.25 .28	.05	2.25	.18	.76	.000	.26	.796
	65	5.44 5.41	3.43 3.43	.42 .42	.03	1.43	.17	.91	.000	.17	.863	66	5.37 5.48	3.34 3.66	.41 .45	-.10	2.21	.27	.80	.000	-.39	.698
	81	6.98 6.70	2.65 2.65	.29 .29	.28	2.03	.22	.70	.000	1.26	.212	78	6.97 6.79	2.68 3.01	.30 .34	.18	2.29	.26	.68	.000	.69	.492
FBL																						
FBL1 Allg.	161	24.93 21.54	6.96 7.03	.54 .55	3.38	5.51	.43	.69	.000	7.79	.000	164	24.90 22.92	6.96 7.53	.54 .58	1.98	5.43	.42	.72	.000	4.67	.000
	72	23.26 19.70	7.48 6.63	.88 .78	3.55	5.20	.61	.73	.000	5.30	.000	72	23.11 20.65	7.44 7.34	.87 .86	2.46	5.24	.61	.74	.000	3.98	.000
	89	26.28 23.03	6.23 7.03	.66 .74	3.25	5.78	.61	.62	.000	5.30	.000	92	26.30 24.69	6.26 7.23	.65 .75	1.61	5.58	.58	.66	.000	2.76	.007

Fortsetzung Tabelle 55:

	N	MT1 MT2	sT1 sT2	s_eT1 s_eT2	M Diff	s Diff	s_e Diff	rT1-T2	p r (2s)	t Diff	p (2s)	N	MT1 MT3	sT1 sT3	s_eT1 s_eT3	M Diff	s Diff	s_e Diff	rT1-T3	p r (2s)	t Diff	p (2s)
SES																						
SES1		5.67	2.07	.16									5.68	2.09	.16							
Geh.	162				2.32	2.56	.20	.32	.000	-11.54	.000	157				-.59	2.24	.17	.45	.000	3.31	.001
St.		8.00	2.33	.18									6.28	2.21	.17							
		5.84	2.18	.26									5.87	2.19	.26							
	71				-2.24	2.51	.29	.39	.001	-7.50	.000	70				-.71	2.22	.26	.51	.000	-2.69	.009
		8.08	2.37	.28									6.58	2.31	.27							
		5.54	1.97	.20									5.54	2.00	.21							
	91				-2.38	2.60	.27	.27	.010	-8.73	.000	87				-.49	2.26	.24	.39	.000	-2.03	.045
		7.93	2.31	.24									6.03	2.09	.22							
SES2		4.46	1.90	.14									4.47	1.92	.15							
Mißst.	164				.94	2.08	.16	.14	.067	5.81	.000	161				-.36	1.82	.14	.53	.000	-2.54	.012
		3.51	1.15	.09									4.83	1.87	.14							
		4.42	1.81	.21									4.42	1.83	.22							
	71				.94	1.85	.22	.21	.068	4.28	.000	69				-.49	2.10	.25	.44	.000	-1.94	.056
		3.47	.96	.11									4.91	2.12	.25							
		4.49	1.98	.20									4.51	1.99	.20							
	93				.94	2.25	.23	.10	.316	4.05	.000	92				-.27	1.59	.16	.63	.000	-1.63	.106
		3.54	1.29	.13									4.78	1.66	.17							
SES3		7.54	2.13	.16									7.55	2.14	.17							
Akt.	162				-.86	2.35	.18	.37	.000	-4.63	.000	159				-.50	2.11	.16	.49	.000	-3.03	.003
		8.40	2.08	.16									8.06	2.06	.16							
		7.37	2.22	.23									7.38	2.23	.23							
	90				-.71	2.41	.25	.37	.000	-2.79	.006	89				-.31	2.11	.22	.53	.000	-1.40	.164
		8.08	2.10	.22									7.69	2.12	.22							
		7.76	1.99	.23									7.77	2.00	.24							
	72				-1.04	2.28	.26	.34	.003	-3.87	.000	70				-.76	2.11	.25	.41	.000	-2.99	.004
		8.80	1.99	.23									8.52	1.89	.22							
SES4		4.73	1.99	.15									4.75	2.00	.15							
Gedr.	165				.84	2.09	.16	.27	.000	5.14	.000	162				-.08	2.08	.16	.50	.000	-.49	.625
St.		3.90	1.37	.10									4.83	2.17	.17							
		5.03	2.05	.21									5.05	2.06	.21							
	93				1.11	2.28	.23	.20	.048	4.68	.000	91				-.04	2.23	.23	.45	.000	-.19	.851
		3.92	1.49	.15									5.09	2.20	.23							
		4.36	1.84	.21									4.36	1.86	.22							
	72				.49	1.76	.20	.39	.001	2.33	.023	71				-.13	1.90	.22	.54	.000	-.56	.577
		3.87	1.21	.14									4.49	2.09	.24							
SES5		5.09	1.36	.10									5.10	1.37	.10							
Trägh.	163				-.64	1.31	.10	.54	.000	-6.26	.000	162				-.09	1.46	.11	.40	.000	-.80	.424
		5.73	1.38	.10									5.19	1.32	.10							
		5.02	1.37	.14									5.04	1.38	.14							
	92				-.69	1.19	.12	.65	.000	-5.59	.000	91				-.09	1.41	.14	.42	.000	-.67	.507
		5.71	1.48	.15									5.14	1.23	.12							
		5.18	1.36	.16									5.18	1.36	.16							
	71				-.58	1.46	.17	.37	.001	-3.33	.001	71				-.08	1.54	.18	.39	.001	-.46	.647
		5.76	1.24	.14									5.26	1.43	.17							
SES6		8.38	2.45	.19									8.35	2.48	.19							
Müd.	163				3.98	2.68	.21	.21	.006	18.94	.000	162				1.66	2.84	.22	.32	.000	7.44	.000
		4.40	1.73	.13									6.69	2.42	.19							
		8.73	2.37	.24									8.74	2.37	.24							
	92				4.21	2.66	.27	.20	.053	15.21	.000	91				2.00	2.80	.29	.34	.001	6.81	.000
		4.52	1.77	.18									6.74	2.50	.26							
		7.92	2.50	.29									7.85	2.54	.30							
	71				3.67	2.70	.32	.21	.077	11.46	.000	71				1.22	2.85	.33	.31	.007	3.62	.001
		4.25	1.67	.19									6.63	2.32	.27							
SES7		7.09	1.94	.15									7.05	1.93	.15							
Ausg.	161				-1.45	2.00	.15	.43	.000	-9.19	.000	160				-.42	1.77	.14	.57	.000	-3.02	.003
St.		8.54	1.81	.14									7.47	1.93	.15							
		6.84	1.97	.20									6.80	1.96	.20							
	90				-1.44	2.14	.22	.39	.000	-6.38	.000	90				-.36	1.80	.19	.57	.000	-1.93	.057
		8.28	1.93	.20									7.16	1.92	.20							
		7.40	1.87	.22									7.37	1.86	.22							
	71				-1.46	1.82	.21	.46	.000	-6.76	.000	70				-.50	1.75	.21	.56	.000	-2.38	.020
		8.87	1.61	.19									7.87	1.88	.22							

Fortsetzung Tabelle 55:

	N	MT1 MT2	sT1 sT2	s_eT1 s_eT2	M Diff	s Diff	s_e Diff	rT1-T2	p r (2s)	t Diff	p (2s)	N	MT1 MT3	sT1 sT3	s_eT1 s_eT3	M Diff	s Diff	s_e Diff	rT1-T3	p r (2s)	t Diff	p (2s)
BFB																						
BFB1 Bel. i. Z. m. Ehe	127	11.26 11.11	4.30 4.09	.38 .36	.16	2.62	.23	.80	.000	.68	.499	126	11.26 11.35	4.31 3.93	.38 .35	-.09	3.09	.27	.72	.000	-.35	.730
	61	11.21 11.44	3.97 3.81	.50 .48	-.22	2.44	.31	.80	.000	-.73	.466	66	11.31 11.30	4.61 4.26	.56 .52	.01	3.66	.45	.66	.000	.03	.973
	66	11.31 10.80	4.61 4.33	.56 .53	.51	2.74	.33	.81	.000	1.53	.132	60	11.20 11.41	3.98 3.56	.51 .46	-.21	2.34	.30	.81	.000	-.72	.477
BFB2 Überford. Arb.	138	14.42 14.20	3.56 3.48	.30 .29	.22	2.12	.18	.81	.000	1.24	.216	138	14.28 13.33	3.65 3.25	.31 .27	.95	2.87	.24	.66	.000	3.91	.000
	69	13.91 13.78	3.38 3.24	.40 .39	.13	2.23	.26	.77	.000	.48	.629	68	13.91 13.05	3.44 3.30	.41 .40	.85	3.01	.36	.60	.000	2.33	.023
	69	14.94 14.62	3.69 3.67	.44 .44	.32	2.01	.24	.85	.000	1.31	.194	70	14.65 13.60	3.83 3.21	.45 .38	1.06	2.74	.32	.71	.000	3.22	.002
BFB3 Unzufr. Arb., Koll., Bez.	139	8.25 8.61	2.49 2.49	.21 .21	-.36	1.30	.11	.86	.000	-3.26	.001	138	8.24 8.85	2.47 3.23	.21 .27	-.61	2.66	.22	.59	.000	-2.68	.008
	70	7.91 8.42	2.21 2.36	.26 .28	-.51	1.23	.14	.85	.000	-3.48	.001	70	7.97 8.50	2.18 2.33	.26 .28	-.52	1.65	.19	.73	.000	-2.67	.009
	69	8.59 8.79	2.72 2.62	.32 .31	-.20	1.35	.16	.87	.000	-1.24	.218	68	8.52 9.22	2.73 3.93	.33 .47	-.69	3.41	.41	.52	.000	-1.67	.100
BFB4 Bel. i. Z. m. Ki.	116	5.77 5.47	2.08 1.82	.19 .16	.30	1.44	.13	.73	.000	2.26	.026	115	5.76 5.88	2.10 2.97	.19 .27	-.13	2.73	.25	.46	.000	-.48	.634
	58	5.62 5.20	1.96 1.51	.25 .19	.41	1.18	.15	.79	.000	2.66	.010	56	5.66 5.83	1.98 3.78	.26 .50	-.18	3.39	.45	.45	.001	-.39	.695
	58	5.93 5.74	2.20 2.06	.29 .27	.19	1.65	.21	.70	.000	.87	.388	59	5.86 5.93	2.22 1.95	.29 .25	-.07	1.94	.25	.57	.000	-.27	.790

Mediz. Variabl.	N	MT1 MT2	sT1 sT2	s_eT1 s_eT2	M Diff	s Diff	s_e Diff	rT1-T2	p r (2s)	t Diff	p (2s)	N	MT1 MT3	sT1 sT3	s_eT1 s_eT3	M Diff	s Diff	s_e Diff	rT1-T3	p r (2s)	t Diff	p (2s)
Körpergew.	169	68.96 66.46	13.50 11.64	1.04 .90	2.50	3.20	.25	.98	.000	10.16	.000	161	69.07 65.81	13.71 11.18	1.08 .88	3.26	6.94	.55	.86	.000	5.96	.000
	74	77.43 74.13	11.52 8.71	1.33 1.01	3.30	3.91	.45	.96	.000	7.26	.000	72	77.46 73.74	11.65 9.33	1.37 1.10	3.73	6.76	.80	.81	.000	4.68	.000
	95	62.36 60.49	11.05 10.05	1.13 1.03	1.87	2.34	.24	.98	.000	7.81	.000	89	62.28 59.40	11.31 7.99	1.20 .85	2.88	7.09	.75	.78	.000	3.83	.000
psR	167	135.32 120.50	18.35 12.29	1.42 .95	14.82	15.74	1.21	.53	.000	12.17	.000											
	74	138.85 124.39	17.09 10.56	1.98 1.22	14.46	15.86	1.84	.42	.000	7.84	.000											
	93	132.52 117.41	18.92 12.73	1.96 1.32	15.11	15.72	1.63	.56	.000	9.27	.000											
pdR	167	84.79 77.72	11.29 8.81	.87 .68	7.07	9.68	.74	.56	.000	9.43	.000											
	74	84.32 79.59	10.51 7.92	1.22 .92	4.73	9.10	1.05	.54	.000	4.47	.000											
	93	85.16 76.23	11.92 9.22	1.23 .95	8.93	9.77	1.01	.59	.000	8.80	.000											

Fortsetzung Tabelle 55:

Anamn.-katamn. Variabl.	N	MT1 / MT3	sT1 / sT3	s_eT1 / s_eT3	M Diff	s Diff	s_e Diff	rT1-T3	p (2s)	r	t Diff	p (2s)
Häufigk. d. Krankm.	163	2.09	1.86	.14	1.26	5.06	.39	.01	.918		3.19	.002
		.83	4.71	.37								
	74	2.17	1.94	.22	1.04	7.29	.84	-.03	.766		1.23	.224
		1.13	6.96	.81								
	89	2.03	1.80	.19	1.45	1.69	.18	.34	.001		8.05	.000
		.58	.78	.08								
Dauer d. Krankm. in Wo.	163	5.53	6.81	.53	4.34	6.83	.53	.22	.004		8.11	.000
		1.19	3.16	.24								
	73	6.53	7.91	.92	5.48	7.51	.88	.33	.004		6.23	.000
		1.05	3.44	.40								
	90	4.73	5.68	.59	3.42	6.12	.64	.10	.329		5.30	.000
		1.31	2.93	.31								
Z. d. z. Erhol. gen. St./T.	154	2.37	1.46	.11	-.03	1.68	.13	.35	.000		-.19	.848
		2.40	1.49	.12								
	70	2.57	1.69	.20	.06	2.19	.26	.25	.034		.22	.829
		2.51	1.39	.22								
	84	2.21	1.22	.13	-.09	1.09	.11	.55	.000		-.80	.427
		2.30	1.06	.11								
Kaffee- bzw. Teekons./T.	167	3.61	1.70	.13	.54	1.36	.10	.66	.000		5.17	.000
		3.07	1.61	.12								
	74	3.62	1.90	.22	.50	1.43	.16	.70	.000		3.00	.004
		3.12	1.85	.21								
	93	3.61	1.54	.16	.58	1.30	.13	.61	.000		4.29	.000
		3.03	1.40	.14								
Bier-kons./Wo.	166	1.22	1.64	.12	.22	1.33	.10	.64	.000		2.16	.033
		1.00	1.51	.11								
	73	2.20	1.87	.22	.44	1.87	.21	.50	.000		2.00	.049
		1.76	1.88	.22								
	93	.45	.86	.09	.05	.61	.06	.71	.000		.84	.401
		.40	.70	.07								
Wein-kons./Wo.	165	.68	1.14	.08	-.21	1.16	.09	.64	.000		-2.34	.020
		.89	1.50	.11								
	74	.74	1.15	.13	-.30	1.33	.15	.71	.000		-1.92	.059
		1.04	1.89	.22								
	91	.64	1.13	.11	-.14	1.00	.10	.59	.000		-1.35	.179
		.78	1.09	.11								
Kons. hoch-proz. Getr./Wo.	166	.71	1.24	.09	-.11	1.06	.08	.68	.000		-1.39	.168
		.82	1.39	.10								
	74	1.11	1.53	.17	-.16	1.28	.14	.69	.000		-1.09	.280
		1.27	1.70	.19								
	92	.39	.82	.08	-.07	.85	.08	.54	.000		-.85	.395
		.46	.95	.10								

Fortsetzung Tabelle 55:

	N	MT1 MT3	sT1 sT3	s_eT1 s_eT3	M Diff	s Diff	s_e Diff	rT1-T3	p (2s)	r	t Diff	p (2s)
Zigarett. / T.	50	16.38	10.15	1.43	5.24	8.32	1.17	.59	.000		4.45	.000
		11.14	7.45	1.05								
	24	20.25	10.22	2.08	6.45	10.06	2.05	.44	.030		3.14	.005
		13.79	8.67	1.77								
	26	12.80	8.85	1.70	4.11	6.32	1.24	.71	.000		3.32	.003
		8.69	5.19	1.0								
Schlaf-tbl.	167	.56	1.08	.08	.23	.79	.06	.68	.000		3.78	.000
		.33	.86	.06								
	73	.65	1.13	.13	.34	.74	.08	.75	.000		3.90	.000
		.31	.88	.10								
	94	.50	1.05	.10	.15	.82	.08	.64	.000		1.74	.085
		.35	.85	.08								
Beruh.-tbl.	168	1.67	1.65	.12	.67	1.76	.13	.37	.000		4.94	.000
		1.00	1.51	.11								
	74	1.52	1.73	.20	.51	2.00	.23	.26	.021		2.21	.030
		1.01	1.57	.18								
	94	1.78	1.58	.16	.80	1.55	.16	.48	.000		4.97	.000
		.98	1.47	.15								
Schmerz-tbl.	164	1.28	1.19	.09	.24	1.16	.09	.57	.000		2.56	.011
		1.04	1.30	.10								
	71	.92	1.07	.12	.15	1.10	.13	.52	.000		1.18	.241
		.77	1.18	.14								
	93	1.54	1.22	.12	.29	1.20	.12	.56	.000		2.33	.022
		1.25	1.35	.14								
Abführ-tbl.	163	.90	1.40	.11	.10	.90	.07	.80	.000		1.48	.141
		.80	1.40	.11								
	72	.33	.90	.10	.00	.29	.03	.95	.000		.00	.000
		.33	.97	.11								
	91	1.37	1.68	.17	.19	1.17	.12	.74	.000		1.52	.132
		1.18	1.57	.16								
Auf-putsch-tbl.	163	.14	.64	.05	.00	.80	.06	.26	.001		.00	.000
		.14	.67	.05								
	72	.12	.58	.06	.01	.81	.09	.17	.135		.14	.885
		.11	.68	.08								
	91	.15	.69	.07	-.01	.79	.08	.32	.002		-.13	.895
		.16	.67	.07								
Sonst. Medik.	164	1.46	1.74	.13	.28	2.08	.16	.28	.000		1.76	.081
		1.18	1.74	.13								
	73	1.35	1.67	.19	.30	2.03	.23	.27	.017		1.26	.211
		1.05	1.71	.20								
	91	1.56	1.79	.18	.28	2.14	.22	.28	.007		1.22	.224
		1.28	1.77	.18								

Tab. 56: t-Test für abhängige Stichproben zur Prüfung des Mittelwertunterschiedes in den metrischen Variablen der BfA-Kurpatienten mit zusätzlicher psychologischer Behandlung, und zwar der drei Vergleichsgruppen mit 1. psychologischer Beratung/Therapie (N = 3 Männer, N = 5 Frauen), 2. kombinierter Behandlung (N = 26Männer, N = 27 Frauen) und 3. überwiegend verhaltenstherapeutischer Behandlung (N = 18 Männer, N = 15 Frauen), zwischen Kuranfang (T1) und Kurende (T2) sowie zwischen T2 und Halbjahreskatamnese (T3). Darstellung von Stichprobenumfang (N), Mittelwert (M), Standardabweichung (s), Standardfehler (s_e) für Variablen und Differenzen (Diff) zwischen T1 und T2, T1 und T3, Korrelationen (Stabilitätskoeffizienten) zwischen den Variablenausprägungen an jeweils zwei Terminen (r), p-Wert für r (p r, zweiseitig), t-Wert für Differenz (t Diff) und p-Wert für Differenz (p). Beschränkung der Kennwerte auf jeweils an zwei Terminen vorliegendes N. Anordnung T1 - T2 links, T1 - T3 rechts. Darstellung der Werte für die drei Gruppen in der oben genannten Reihenfolge Bei Vergleichsgruppen 2 und 3 nur Patienten aus der Diagnosegruppe der Psychoresetativen Syndrome, bei Vergleichsgruppe 1 aus dieser N = 2).

	N	MT1 MT2	sT1 sT2	s_eT1 s_eT2	M Diff	s Diff	s_e Diff	rT1-T2	p r (2s)	t Diff	p (2s)	N	MT1 MT3	sT1 sT3	s_eT1 s_eT3	M Diff	s Diff	s_e Diff	rT1-rT3	p r (2s)	t Diff	p (2s)
Psychol. Fragebogen																						
KKB																						
KKB1 Seel. psychosoz. Probl., Ps.-Th.	7	16.14 16.14	5.42 4.63	2.05 1.75	.00	2.88	1.09	.84	.016	.00	1.000	7	16.14 16.42	5.42 5.06	2.05 1.91	-.29	6.10	2.30	.32	.477	-.12	.905
	48	17.43 16.06	5.77 5.21	.83 .75	1.37	3.51	.50	.80	.000	2.71	.009	49	17.55 16.89	5.65 5.16	.80 .73	.65	4.17	.59	.70	.000	1.10	.279
	30	14.03 13.66	4.76 4.43	.87 .81	.37	2.58	.47	.84	.000	.78	.443	31	14.06 13.93	4.69 5.73	.84 1.03	.13	3.68	.66	.76	.000	.19	.847
KKB2 Streß und Schon.	8	10.25 11.62	1.90 1.99	.67 .70	-1.37	1.68	.59	.62	.095	-2.31	.054	7	10.28 9.71	2.05 2.75	.77 1.04	.57	1.71	.64	.78	.038	.88	.413
	52	12.40 10.82	2.08 2.25	.29 .31	1.58	2.23	.31	.47	.000	5.09	.000	53	12.37 10.49	2.07 2.29	.28 .31	1.89	2.59	.35	.29	.032	5.28	.000
	32	12.59 11.59	1.72 1.82	.30 .32	1.00	1.50	.26	.64	.000	3.76	.001	33	12.57 11.18	1.69 2.33	.29 .40	1.39	1.83	.32	.62	.000	4.36	.000
KKB3 Körperleid. u. Org.-Med.	7	8.28 9.71	2.75 2.69	1.04 1.01	-1.43	2.57	.97	.55	.198	-1.47	.192	8	9.12 10.00	3.48 2.61	1.23 .92	-.87	3.68	1.30	.29	.474	-.67	.523
	47	10.36 9.00	2.48 2.69	.36 .39	1.36	2.48	.36	.54	.000	3.76	.000	48	10.29 9.10	2.48 3.07	.35 .44	1.19	2.43	.35	.63	.000	3.37	.001
	30	10.70 10.10	3.26 3.48	.59 .63	.60	1.86	.34	.84	.000	1.76	.089	29	10.72 9.82	3.31 3.40	.61 .63	.90	2.38	.44	.74	.000	2.03	.052
KKB4 Bel. u. unbefr. Arb.-Sit. u. H. z. Zufr.	8	5.25 6.75	2.25 2.49	.79 .88	-1.50	1.77	.62	.72	.042	-2.39	.048	8	5.25 6.37	2.25 2.32	.79 .82	-1.12	1.35	.47	.82	.012	-2.35	.051
	52	6.23 5.92	1.97 1.51	.27 .21	.31	1.54	.21	.63	.000	1.44	.156	53	6.26 6.43	1.97 1.92	.27 .26	-.17	1.63	.22	.64	.000	-.75	.454
	32	6.12 6.37	1.91 2.18	.33 .38	-.25	1.24	.22	.82	.000	-1.14	.264	32	6.09 6.71	1.92 2.23	.34 .39	-.62	1.86	.32	.60	.000	-1.90	.067
HG																						
HG1 Mißtr. geg. Ärzte u. Therap.	8	3.75 3.75	1.03 1.16	.36 .41	.00	.92	.32	.65	.080	.00	1.000	8	3.75 4.37	1.03 1.18	.36 .42	-.62	1.30	.46	.32	.440	-1.36	.217
	51	4.27 4.29	1.28 1.36	.17 .19	-.02	.70	.09	.85	.000	-.20	.844	50	4.28 4.44	1.29 1.35	.18 .19	-.16	1.11	.15	.64	.000	-1.02	.314
	31	3.96 4.06	1.11 1.12	.19 .20	-.10	.94	.16	.64	.000	-.57	.572	30	3.93 4.26	1.11 1.23	.20 .22	-.33	1.09	.20	.56	.001	-1.67	.106

Fortsetzung Tabelle 56:

	N	MT1 / MT2	sT1 / sT2	s_eT1 / s_eT2	M Diff	s Diff	s_e Diff	rT1-T2	p (2s)	t Diff	p (2s)	N	MT1 / MT3	sT1 / sT3	s_eT1 / s_eT3	M Diff	s Diff	s_e Diff	rT1-T3	p (2s)	t Diff	p (2s)
HG2 Risiko-vermeid.	8	3.75	.88	.31	.12	.64	.22	.79	.018	.55	.598	8	3.75	.88	.31	.25	.46	.16	.90	.002	1.53	.170
		3.62	1.06	.37									3.50	.53	.18							
	53	4.11	1.06	.14	.19	.59	.81	.83	.000	2.33	.024	52	4.13	1.06	.14	.29	.57	.07	.84	.000	3.64	.001
		3.92	.95	.13									3.84	.91	.12							
	31	4.00	1.00	.18	.13	.56	.10	.84	.000	1.28	.211	31	4.00	1.00	.18	.16	.63	.11	.79	.000	1.41	.169
		3.87	1.02	.18									3.83	.96	.17							
HG3 Beacht. v. Krankh. anz.	8	3.87	.83	.29	-.37	.51	.18	.78	.021	-2.05	.080	8	3.87	.83	.29	-.62	.06	.37	.27	.506	-1.67	.140
		4.25	.70	.25									4.50	.92	.32							
	52	4.69	1.16	.16	.23	.83	.11	.73	.000	2.00	.051	51	4.70	1.17	.16	.39	.00	.14	.59	.000	2.80	.007
		4.46	1.12	.15									4.31	1.04	.14							
	30	4.45	1.12	.20	-.03	.79	.14	.75	.000	-.23	.823	31	4.45	1.12	.20	-.13	.99	.17	.65	.000	-.72	.474
		4.48	1.15	.20									4.58	1.25	.22							
HG4 Mißtr. geg. eig. Körp.	8	4.12	.99	.35	.12	.64	.22	.80	.015	.55	.598	8	4.12	.99	.35	-.12	.99	.35	.75	.032	-.36	.732
		4.00	1.06	.37									4.25	1.48	.52							
	52	4.88	1.02	.14	-.21	.82	.11	.66	.000	-1.85	.070	49	4.89	1.02	.14	-.10	.89	.12	.61	.000	-.80	.429
		5.09	.97	.13									5.00	1.02	.14							
	30	4.80	.99	.18	-.07	.82	.15	.71	.000	-.44	.662	31	4.80	.98	.17	-.03	.75	.13	.73	.000	-.24	.813
		4.86	1.16	.21									4.83	1.06	.19							
FPI $\overline{\text{FPI2}}$ Aggr.	8	3.00	2.20	.77	.13	2.03	.71	.52	.177	.17	.867	8	3.00	2.20	.77	.00	1.06	.37	.92	.001	.00	1.000
		2.87	1.95	.69									3.00	2.67	.94							
	50	2.12	1.74	.24	-.14	1.48	.21	.80	.000	-.67	.508	49	2.16	1.73	.24	-.47	1.13	.16	.82	.000	-2.89	.006
		2.26	2.04	.29									2.63	1.99	.28							
	32	2.09	1.65	.29	-.22	1.31	.23	.75	.000	-.94	.353	32	2.09	1.65	.29	-.16	.92	.16	.87	.000	-.96	.344
		2.31	1.97	.34									2.25	1.88	.33							
FPI9 Offen.	7	9.14	1.57	.59	.14	1.67	.63	.45	.306	.23	.829	7	9.14	1.57	.59	1.43	1.39	.52	.68	.087	2.71	.035
		9.00	1.63	.61									7.71	1.89	.71							
	48	7.89	2.71	.39	.12	2.02	.29	.75	.000	.43	.671	49	7.93	2.70	.38	-.09	1.51	.21	.84	000	-.38	.707
		7.77	2.98	.43									8.02	2.75	.39							
	33	8.66	2.61	.45	-.06	2.03	.35	.68	.000	-.17	.865	33	8.66	2.61	.45	.12	1.21	.21	.90	.000	.57	.572
		8.72	2.47	.43									8.54	2.78	.48							
FPIE Extrav.	8	3.75	1.75	.62	-1.12	1.88	.66	.59	.120	-1.69	.135	8	3.75	1.75	.62	-.12	.99	.35	.87	.005	-.36	.732
		4.87	2.29	.81									3.87	2.03	.71							
	51	5.13	2.37	.33	-.33	1.55	.21	.84	.000	-1.53	.133	52	5.17	2.36	.32	-.54	1.29	.17	.88	.000	-3.01	.004
		5.47	2.88	.40									5.71	2.78	.38							
	33	4.51	2.76	.48	-.33	1.16	.20	.92	.000	-1.65	.110	33	4.51	2.76	.48	-.27	1.30	.22	.89	.000	-1.20	.239
		4.84	3.06	.53									4.78	2.81	.49							
FPIN Em. Lab.	7	6.42	2.37	.89	.28	1.38	.52	.91	.004	.55	.604	6	6.50	2.58	1.05	.17	1.16	.47	.89	.016	.35	.741
		6.14	3.13	1.18									6.33	2.42	.98							
	42	6.57	2.93	.45	.65	2.25	.34	.73	.000	1.85	.071	45	6.46	2.92	.43	.33	1.65	.24	.84	.000	1.35	.183
		5.92	3.22	.49									6.13	2.95	.44							
	30	6.40	3.16	.57	.24	2.12	.38	.82	.000	.60	.553	30	6.40	3.16	.57	.64	1.90	.34	.81	.000	1.82	.079
		6.16	3.77	.69									5.76	3.12	.57							

Fortsetzung Tabelle56:

	N	MT1 MT2	sT1 sT2	s_eT1 s_eT2	M Diff	s Diff	s_e Diff	rT1-T2	p r (2s)	t Diff	p (2s)	N	MT1 MT3	sT1 sT3	s_eT1 s_eT3	M Diff	s Diff	s_e Diff	rT1-T3	p r (2s)	t Diff	p (2s)
FBL																						
FBL1 Allg.		24.25	6.71	2.37									24.25	6.71	2.37							
	8				1.13	5.64	1.99	.79	.018	.56	.590	8				2.13	5.33	1.88	.69	.055	1.13	.297
		23.12	9.26	3.27									22.12	6.95	2.46							
		24.58	7.24	1.01									24.64	7.23	1.01							
	51				2.21	6.02	.84	.66	.000	2.63	.011	51				3.76	5.15	.72	.74	.000	5.22	.000
		22.37	7.51	1.05									20.88	7.18	1.00							
		26.30	7.08	1.23									26.56	7.03	1.24							
	33				2.67	4.68	.81	.78	.000	3.27	.003	32				4.00	6.65	1.17	.57	.001	3.48	.002
		23.63	7.15	1.24									22.46	7.32	1.29							
SES																						
SES1 Geh. St.		5.37	1.84	.65									5.37	1.84	.65							
	8				-1.00	1.41	.50	.84	.009	-2.00	.086	8				-1.87	2.74	.97	.44	.272	-1.93	.095
		6.37	2.56	.90									7.25	3.01	1.06							
		5.63	2.01	.27									5.63	2.01	.27							
	52				-.63	2.73	.38	.15	.282	-1.67	.101	52				-3.08	2.75	.38	.20	.156	-8.07	.000
		6.26	2.18	.30									8.71	2.32	.32							
		5.60	1.77	.33									5.56	1.71	.31							
	28				-.93	1.84	.34	.50	.006	-2.66	.013	30				-1.64	2.07	.37	.37	.042	-4.31	.000
		6.53	1.93	.36									7.20	1.97	.36							
SES2 Mißst.		3.75	1.16	.41									3.75	1.16	.41							
	8				-1.00	1.51	.53	.72	.043	-1.87	.104	8				.00	1.30	.46	.29	.476	.00	1.000
		4.75	2.12	.75									3.75	1.03	.36							
		4.28	1.68	.23									4.28	1.68	.23							
	53				-.53	2.08	.28	.24	.075	-1.85	.070	53				1.06	1.80	.24	-.10	.478	4.27	.000
		4.81	1.71	.23									3.22	.50	.06							
		4.41	1.60	.28									4.37	1.60	.28							
	31				-.33	1.10	.19	.78	.000	-1.62	.115	32				.59	1.91	.33	.25	.156	1.75	.089
		4.74	1.77	.31									3.78	1.53	.27							
SES3 Akt.		6.87	1.24	.44									6.87	1.24	.44							
	8				-1.13	2.23	.78	.26	.534	-1.43	.197	8				-.88	2.10	.74	.35	.390	-1.18	.277
		8.00	2.20	.77									7.75	2.18	.77							
		7.94	1.95	.27									7.94	1.95	.27							
	51				-1.11	2.59	.36	.13	.361	-3.08	.003	51				-.43	1.92	.26	.51	.000	-1.60	.115
		9.05	1.97	.27									8.37	1.94	.27							
		6.71	2.18	.38									6.63	2.22	.40							
	32				1.32	2.42	.42	.33	.059	-3.06	.005	30				-1.13	2.31	.42	.47	.008	-2.68	.012
		8.03	2.02	.35									7.76	2.30	.42							
SES4 Gedr. St.		4.37	1.30	.46									4.37	1.30	.46							
	8				-.13	2.90	.02	-.59	.118	-.12	.906	8				-.38	1.76	.62	.76	.027	-.60	.567
		4.50	1.92	.68									4.75	2.55	.90							
		4.64	1.84	.25									4.67	1.84	.25							
	53				.97	1.62	.22	.47	.000	4.30	.000	52				-.25	2.19	.30	.45	.001	-.82	.415
		3.67	.97	.13									4.92	2.28	.31							
		4.56	1.60	.28									4.54	1.63	.29							
	32				.38	1.89	.33	.28	.109	1.12	.272	31				.03	1.60	.28	.49	.004	.11	.911
		4.18	1.57	.27									4.51	1.56	.28							
SES5 Trägh.		5.62	1.50	.53									5.62	1.50	.53							
	8				-.38	1.59	.56	.66	.072	-.66	.528	8				-.25	1.83	.64	.23	.574	-.39	.711
		6.00	2.13	.75									5.87	1.45	.51							
		5.00	1.41	.19									5.00	1.41	.19							
	53				-.77	1.38	.19	.51	.000	-4.08	.000	53				.04	1.44	.19	.34	.012	.19	.850
		5.77	1.38	.19									4.96	1.03	.14							
		5.40	1.24	.21									5.46	1.25	.22							
	32				-.31	1.35	.23	.39	.025	-1.31	.201	30				.03	1.49	.27	.30	.107	.12	.904
		5.71	1.22	.21									5.43	1.27	.23							
SES6 Müd.		6.87	1.72	.61									6.87	1.72	.61							
	8				2.62	2.56	.90	-.08	.846	2.90	.023	8				.50	1.51	.53	.66	.074	.94	.381
		4.25	1.75	.62									6.37	1.92	.68							
		8.33	2.34	.32									8.26	2.37	.32							
	51				4.43	2.35	.32	.24	.078	13.46	.000	53				1.74	3.35	.46	.08	.552	3.76	.000
		3.90	1.18	.16									6.52	2.57	.35							
		8.68	2.42	.42									8.64	2.45	.44							
	32				3.75	2.97	.52	.20	.270	7.14	.000	31				1.90	2.41	.43	.44	.012	4.39	.000
		4.93	2.27	.40									6.74	2.09	.37							
SES7 Ausg. St.		7.25	1.38	.49									7.25	1.38	.49							
	8				-1.25	1.66	.59	.50	.207	-2.12	.072	8				-.50	1.30	.46	.67	.066	-1.08	.316
		8.50	1.85	.65									7.75	1.75	.62							

Fortsetzung Tabelle 56:

	N	MT1 MT2	sT1 sT2	s_eT1 s_eT2	M Diff	s Diff	s_e Diff	rT1- T2	p r (2s)	t Diff	p (2s)	N	MT1 MT3	sT1 sT3	s_eT1 s_eT3	M Diff	s Diff	s_e Diff	rT1- T3	p r (2s)	t Diff	p (2s)
SES7 Ausg. St.	53	7.30 9.01	1.79 1.46	.24 .20	-1.71	1.99	.27	.26	.058	-6.27	.000	53	7.30 7.66	1.79 1.73	.24 .23	-.36	1.67	.23	.54	.000	-1.56	.126
	30	6.60 8.26	1.71 2.10	.31 .38	-1.66	2.27	.41	.29	.109	-4.00	.000	29	6.51 7.44	1.68 1.82	.31 .33	-.93	1.73	.32	.51	.004	-2.90	.007
BFB																						
BFB1 Bel. i. Z. m. Ehe	7	15.00 13.86	5.91 5.81	2.23 2.19	1.14	2.54	.96	.90	.005	1.19	.280	6	15.33 13.83	6.40 5.52	2.61 2.25	1.50	3.61	1.47	.82	.043	1.02	.357
	41	11.68 11.34	4.12 4.30	.64 .67	.34	2.73	.42	.79	.000	.80	.429	41	11.68 11.41	4.12 3.88	.64 .60	.27	2.91	.45	.73	.000	.59	.559
	26	9.78 9.97	3.06 2.73	.60 .53	-.19	1.60	.31	.85	.000	-.61	.546	25	9.84 10.92	3.10 3.37	.62 .67	-1.08	2.87	.57	.61	.001	-1.88	.072
BFB2 Überford. Arb.	8	13.75 13.87	3.05 3.83	1.08 1.35	-.12	2.80	.99	.69	.058	-.13	.903	8	13.75 12.75	3.05 2.55	1.08 .90	1.00	3.74	1.32	.11	.779	.76	.474
	43	14.13 13.69	3.26 3.02	.49 .46	.44	1.96	.30	.80	.000	1.47	.148	44	14.09 12.95	3.29 2.58	.49 .39	1.14	3.13	.47	.45	.002	2.40	.021
	29	15.96 15.75	3.62 3.54	.67 .65	.21	1.87	.34	.86	.000	.59	.558	29	15.82 14.75	3.61 3.24	.67 .60	1.07	2.29	.42	.78	.000	2.51	.018
BFB3 Unzufr. Arb., Koll., Bez.	7	8.71 8.14	3.63 3.13	1.37 1.18	.57	.97	.36	.96	.000	1.55	.172	7	8.71 8.71	3.63 3.59	1.37 1.35	.00	1.29	.48	.93	.002	.00	1.000
	44	8.06 8.50	2.29 2.65	.34 .40	-.44	1.31	.19	.86	.000	-2.17	.035	44	8.06 8.68	2.29 2.31	.34 .34	-.62	2.10	.31	.58	.000	-1.93	.060
	29	8.82 9.20	2.87 2.85	.53 .53	-.38	1.14	.21	.92	.000	-1.78	.086	28	8.89 9.14	2.91 2.82	.55 .53	-.25	1.62	.30	.84	.000	-.81	.423
BFB4 Bel. i. Z. m. Ki.	7	5.57 4.57	3.10 1.81	1.17 .68	1.00	1.82	.69	.85	.015	1.45	.197	6	5.66 6.50	3.38 3.20	1.38 1.31	-.84	1.83	.74	.84	.034	-1.11	.317
	22	5.13 5.09	1.42 1.34	.30 .28	.04	.95	.20	.76	.000	.22	.825	21	5.14 4.71	1.42 1.23	.31 .26	.43	1.16	.25	.62	.003	1.69	.107
	36	6.02 5.66	2.10 1.94	.35 .32	.36	1.15	.19	.84	.000	1.88	.068	37	5.97 5.78	2.10 1.58	.34 .26	.19	1.56		.67	.000	.74	.466

Fortsetzung Tabelle56:

Mediz. Variabl.	N	MT1 MT2	sT1 sT2	s_eT1 s_eT2	M Diff	s Diff	s_e Diff	rT1-T2	p r (2s)	t Diff	p (2s)	N	MT1 MT3	sT1 sT3	s_eT1 s_eT3	M Diff	s Diff	s_e Diff	rT1-T3	p r (2s)	t Diff	p (2s)
Körper-gew.	8	65.01 62.56	9.03 7.87	3.19 2.78	2.45	2.66	.94	.96	.000	2.60	.035	8	65.01 61.87	9.03 9.98	3.19 3.53	3.15	3.73	1.32	.93	.001	2.37	.049
	53	69.01 66.07	13.42 12.01	1.05 .93	2.94	3.70	.28	.90	.000	10.28	.000	52	69.08 66.02	13.21 11.20	1.09 .89	3.06	6.83	.55	.84	.000	5.92	.000
	33	69.41 67.28	8.93 8.53	1.55 1.48	2.13	2.25	.39	.97	.000	5.44	.000	32	69.44 67.56	9.07 8.41	1.60 1.49	1.88	3.00	.53	.94	.000	3.54	.001
psR	8	130.62 120.62	17.20 14.74	6.08 5.21	10.00	10.69	3.78	.78	.021	2.65	.033											
	53	130.75 118.96	15.23 11.82	2.09 1.62	11.79	12.56	1.73	.59	.000	6.83	.000											
	33	136.21 121.66	18.54 12.22	3.22 2.12	14.54	19.01	3.31	.29	.101	4.39	.000											
pdR	8	88.12 78.75	16.24 7.90	5.74 2.79	9.37	9.79	3.46	.89	.003	2.71	.030											
	53	80.83 70.83	9.17 8.01	3.74 3.27	10.00	12.64	5.16	-.07	.881	1.94	.000											
	33	84.54 79.09	11.13 8.61	1.93 1.49	5.45	10.41	1.81	.46	.006	3.01	.005											

Fortsetzung Tabelle 56:

Anamn.-Katamn. Variabl.	N	MT1 / MT3	sT1 / sT3	s_eT1 / s_eT3	M Diff	s Diff	s_e Diff	rT1-T3	p (2s)	r	t Diff	p (2s)
Häufigk. d. Krankm.	8	1.50	1.19	.42	.87	1.24	.44	.32	.430		1.99	.087
		.62	.91	.32								
	51	2.43	2.02	.28	2.01	1.71	.24	.55	.000		8.41	.000
		.41	.80	.11								
	33	2.27	1.82	.31	1.75	1.85	.32	.18	.316		5.44	.000
		.51	.79	.13								
Dauer d. Krankm. i. Wo.	8	2.37	2.13	.75	1.25	3.77	1.33	-.33	.418		.94	.380
		1.12	2.47	.87								
	52	5.42	6.41	.89	4.55	6.56	.91	.17	.223		5.01	.000
		.86	2.87	.39								
	33	6.33	6.70	1.16	5.18	7.18	1.25	.03	.853		4.14	.000
		1.15	2.83	.49								
Z. d. z. Erhol. gen. St. /T.	6	2.00	1.26	.51	-.33	1.63	.66	.00	.000		-.50	.638
		2.33	1.03	.42								
	49	2.44	1.75	.25	.16	1.97	.28	.30	.033		.58	.565
		2.28	1.58	.22								
	31	2.67	1.35	.24	.25	1.36	.24	.35	.052		1.05	.301
		2.41	.99	.17								
Kaffe-bzw. Teekons./ T.	8	2.87	1.45	.51	-.37	1.18	.42	.61	.108		-.89	.402
		3.25	1.16	.41								
	53	3.75	1.58	.32	.56	1.56	.21	.52	.000		2.64	.011
		3.18	1.61	.22								
	33	3.48	2.18	.38	.66	1.02	.17	.88	.000		3.75	.001
		2.81	1.79	.31								
Bier-kons. / Wo.	8	.75	1.16	.41	.12	.64	.22	.86	.006		.55	.598
		.62	.74	.26								
	53	1.49	1.88	.25	.15	1.68	.23	.64	.000		.65	.516
		1.33	2.09	.28								
	32	1.62	1.84	.32	.44	1.16	.20	.79	.000		2.13	.041
		1.18	1.17	.20								
Wein-kons. / Wo.	7	.57	.78	.29	-.28	.48	.18	.90	.005		-1.55	.172
		.85	1.06	.40								
	53	.62	.98	.13	-.18	.94	.12	.61	.000		-1.46	.151
		.81	1.12	.15								
	31	.90	1.37	.24	-.12	1.31	.23	.57	.001		-.55	.587
		1.03	1.44	.26								

Fortsetzung Tabelle 56:

	N	MT1 MT3	sT1 sT3	s_eT1 s_eT3	M Diff	s Diff	s_e Diff	rT1-T3	p r (2s)	t Diff	p (2s)
Kons. hoch-proz. Getr. /Wo.	8	.25 .37	.70 .74	.25 .26	-.12	.83	.29	.33	.411	-.42	.685
	53	.73 .73	1.21 1.37	.16 .18	.00	1.35	.18	.45	.001	.00	1.000
	31	.70 1.03	1.24 1.32	.22 .23	-.32	.87	.15	.77	.000	-2.06	.048
Zigarett. / T.	5	12.80 11.20	8.22 6.30	3.68 2.81	1.60	6.34	2.83	.64	.238	.56	.603
	14	17.21 11.85	9.40 8.50	2.51 2.27	5.35	7.84	2.09	.62	.018	2.56	.024
	8	21.25 10.25	13.29 5.20	4.70 1.84	11.00	14.40	5.09	-.02	.952	2.16	.068
Schlaf-tbl.	8	.25 .00	.70 .00	.25 .00	.25	.70	.25			1.00	.351
	53	.50 .28	1.01 .84	.13 .11	.22	.82	.11	.61	.000	2.00	.051
	33	.72 .54	1.23 .93	.21 .16	.18	.98	.17	.61	.000	1.06	.296
Beruh.-tbl.	8	.87 1.37	1.45 1.92	.51 .68	-.50	2.00	.70	.32	.432	-.71	.502
	53	1.92 1.33	1.67 1.56	.23 .21	.58	1.72	.23	.43	.001	2.47	.017
	33	2.00 .93	1.63 1.34	.28 .23	1.06	1.81	.31	.26	.130	3.35	.002
Schmerz-tbl.	8	1.37 .50	1.06 1.06	.37 .37	.87	1.35	.47	.18	.654	1.82	.111
	52	1.21 1.01	1.09 1.27	.15 .17	.19	.86	.12	.74	.000	1.60	.115
	31	1.19 1.19	1.19 1.42	.21 .25	.00	1.26	.22	.54	.002	.00	1.000
Abführ-tbl.	8	.87 .87	1.64 1.64	.58 .58	.00	.00	.00	.00	.000	.00	1.000
	51	.78 .64	1.44 1.27	.20 .17	.13	.60	.08	.91	.000	1.63	.109
	32	.93 .81	1.50 1.46	.26 .26	.12	.87	.15	.82	.000	.81	.423
(Aufputschtbl. extrem niedrige Besetzung und nahezu fehlende Veränderung)											
Sonst. Medik.	8	1.00 1.37	1.51 1.92	.53 .68	-.37	1.68	.59	.54	.167	-.63	.549
	51	1.54 1.00	1.81 1.64	.25 .23	.54	2.08	.29	.28	.045	1.88	.065
	32	1.62 1.12	1.73 1.69	.30 .30	.50	1.93	.34	.36	.039	1.46	.154

Tab.57: Multiple schrittweise Regressionen im Hinblick auf bestimmte(metrische) Kriterienvariablen der LVA-Kurpatienten-Stichprobe, bestehend aus Differenzbeträgen von Variablen, die an mehreren Untersuchungszeitpunkten erhoben wurden, sowie aus bestimmten einzelnen Variablen, und zwar anhand anamnestischer, psychologischer und medizinischer Prädiktorvariablen. Darstellung der Kriterien sowie der (signifikanten) Prädiktoren, des Stichprobenumfangs (N), des Beta-, Standardfehler- (s_e)-, F- und p-Wertes ($p \leq .05^*, \leq .01^{**}$) pro (entsprechend signifikantem) Einzelprädiktor (EinzPräd) sowie des korrigierten Wertes zum multiplen Bestimmtheitsmaß (R^2adj) und des s_e-Wertes zur Gesamtheit der signifikanten Einzelprädiktoren (MultPräd) im Rahmen der jeweiligen schrittweisen Regression, außerdem des multiplen Regressionskoeffizienten (R), des R^2-Wertes, des -den pro Prädiktor hinzutretenden Varianzaufklärungsanteil anzeigenden- R^2-change-Wertes, des einfachen Korrelationskoeffizienten (r) und des Beta-Wertes aus der jeweiligen gesamten Regressionsrechnung.

Tab.57a: Multiple Regressionen im Hinblick auf Differenzbeträge bzw. Veränderungen (Kriterienvariablen) in metrischen mehrmals erhobenen psychologischen, medizinischen und anamnestisch-katamnestischen Variablen, resultierend aus den Differenzbeträgen von Kuranfang-Kurende (T1-T2) und Kuranfang-Halbjahreskatamnese (T1-T3), und zwar einmal unter Zugrundelegung von "einfachen" und zum anderen von "komplexen" Prädiktoren, die jeweils auf Erhebungen zu T1 beruhen (außer der"Life"-Variable im Hinblick auf T1-T3;siehe unten). Einfache Prädiktorvariablen: Geschlecht (1=männl.,2=weibl.); Altersgruppe (1=30-40J., 2=41-50J.); Berufsausbildungsabschluß (1=ja, 2=nein); Berufstätigkeit (1=einf.Arb., 2=Spezial-u.Facharb., 3=berufl.Höhergest.); Familienstand (1=alleinst., 2=verheir.; Eliminierung dieser Prädiktorvariable bei BFB1); Zahl der Kinder (0,1,≥2; im Falle BFB4 nur 1,≥2) Raucherstatus (1=ja, 2=nicht mehr, 3=noch nie); Schichtarbeit (1=ja, 2=nein); Erstkurg./Kurwiedern (0, 1);Belastungs-Rating im Psychologischen Interview (1=nicht bis mittel, 2=sehr belastet); Nichtvorkommnisse bzw. Vorkommnisse besonderer Lebensereignisse in den beiden Kurvorjahren (Leben; 0, 1; lediglich bei Regression auf T1-T3 wird diese Variable durch die analog gebildete auf das Kurnachhalbjahr bezogene Life-Variable ausgetauscht); Hauptdiagnose(1=Andere als 2, 2=Psychovegetatives Syndrom); zusätzliche psychologische Behandlung erhalten (1=ja, 2=nein). Komplexe Prädiktorvariablen: Belastungs- und konfliktrelevante Persönlichkeitsmerkmale=Ausgangssummenwert(ASW,T1) aus FPI2 Aggr., FPI9 Offen., FPIN Em.Lab., BPI1 Geh., BPI2 Err., BPI3 Nerv., BPI4 Depr.; Introvertiertheit, konfliktbafte Sexualität=ASW FPIE Extrav.(negat.Pol.), BPI5 Int., anamnest. Kennwerte i.S. nicht vollständiger Familienkonstellation; Relativgewicht=ASW Körpergewicht kg/(Körpergröße cm-100)x100; Krankheitskonzepte und Kurerwartungen=ASW KKB1 Seel.psychosoz.Probl.,Ps.-Th., KKB2 Streß u.Schon., KKB3 Körperleid.u.Org.-Med., EzK1 Erw.befr.Ges.-Zust., EzK2 Erw.Entl.v.allt.Anf,Ausspr.,Kont.; Zuversicht,Vertrauen,Gelassenheit,Wohlbefinden=ASW SES1 Geh.St., SES3 Akt., SES7 Ausg.St., außerdem (eher geringe Auspr.)HG1 Mißtr.geg.Ärzte u.Therap., HG2 Risikovermeid., HG4 Mißtr.geg.eig.Körp., Int1 Psychosoz.Bel.psychoveg.Gest.;Subjektive Belastung Ehe, Familie, Beruf=ASW BFB1 Bel.i.Z.m.Ehe, BFB2 Überford. Arb., BFB4 Bel.i.Z.m.Ki., KKB4 Bel.unbefr.Arb.-Sit.,H.z.Zufr.; Risikorelevante medizinische Kennwerte und Ernährung=ASW Harns., Ery., Hämogl., Bierkons.; Unlustbetontes Befinden=ASW SES2 Mißst., SES4 Gedr.St., SES6 Müd.; Beschwerdenbehaftetheit und Medikamentenkonsum=ASW FBL1 Allg., anamnest.Kennwerte Schlafstör., zu Kons. von Schlaf-,Beruhr-und Abführtabletten; Belastung,Berufsunzufriedenheit, Erkrankungen=ASW BFB3 Unzufr.Arb.,Koll.,Bez., Häufigk.u.Dauer d. Krankm. 1. 2 J.,Int1(gleichsinn.gepolt) HG3 Beacht.v.Krankh.anz., EzK3 Erw.natürl.Heilm.,Erf.-Zuw; Blutdruck=ASW psR und pdR; Puls, Cholesterin=ASW dementsprech.; Erholung=ASW gleichsinn.gepolt zu anamnest.Kennwerte bezügl.Erholungsgefühl nach Wochenende und Urlaub, Zahl der Urlaubstage in 1. 2 J. und Zahl der erholungsgenutzten tägl. Stunden; Psychosoziale Belastung und psychovegetative Gestörtheit=Int1; zusätzlich einfache Prädiktoren wie bei den og. "einfachen" Prädiktoren, außer Leben(jedoch Life) und Belastungsrating.

Bei Darstellung entspricht 1) der Differenz (Diff) T1-T2, 2) derjenigen T1-T3; 1E den einfachen und 1K den komplexen Prädiktoren im Hinblick auf T1-T2, 2E den einfachen und 2K den komplexen Prädiktoren im Hinblick auf T1-T3. Bei Differenzbeträgen neben Stichprobenumfang (N) auch Mittelwert (M) und Standardabweichung (s). N orientiert sich an dem pro Differenz mindestens vorhandenen N, während auf der Seite der ASW-,nicht der einfachen Prädiktoren-Werte-mittelwertkorrigierte missing-data-Korrekturen angewendet werden.

Kriteriums-variable (Kurzbezeichnung)	1) Differenz T1-T2 N M s	1E Prädiktorvariablen für 1K die Differenz T1-T2	Werte aus der schrittweisen Regressionsgleichung					Werte aus der gesamten Regressionsgleichung				
		Kurzbezeichnung Prädiktorvariablen	sign. Beta	s_e	EinzPräd F p	MultPräd R^2adj	s_e	R	R^2	R^2 change	r	Beta
	2) Differenz T1-T3 N M s	2E Prädiktorvariablen für 2K die Differenz T1-T3	Werte aus der schrittweisen Regrassionsgleichung					Werte aus der gesamten Regressionsgleichung				
		Kurzbezeichnung Prädiktorvariablen	sign. Beta	s_e	EinzPräd F p	MultPräd R^2adj	s_e	R	R^2	R^2 change	r	Beta
Psychol. Fragebog. KKB												
KKB1 Seel. psychosoz. Probl.,Ps.-Th.	1) 164 .16 3.75	1E -										
		1K Krankh.-Konz.u.Kurerw.	.30	.02	15.81**	.11	3.55	.26	.07	.07	.26	.37
		Geschl.	-.18	.68	4.94**			.32	.10	.03	-.10	-.20
		Erstkurg./Kurwiederh.	-.15	.56	4.26**			.35	.12	.02	-.17	-.19
	2) 128 -.19 4.52	2E -										
		2K Krankh.-Konz.u.Kurerw.	.44	.03	26.17**	.16	4.14	.37	.14	.14	.37	.47
		Subj.Belast.Ehe,Fam. Ber.	-.19	.06	5.44**			.41	.17	.05	-.06	-.25
KKB2 Streß u.Schon.	1) 164 1.16 2.42	1E Alt.-Gr.	-.18	.39	5.24**	.05	2.39	.19	.04	.04	-.19	-.16
		Geschl.	.15	.45	3.41*			.24	.06	.02	.16	.16
		1K Krankh.-Konz.u.Kurerw.	.19	.01	6.46**	.07	2.33	.19	.04	.04	.19	.16
		Alt.-Gr.	-.17	.36	5.11**			.26	.07	.03	-.17	-.14
		Erstkurg./Kurwiederh.	-.14	.37	3.44*			.30	.09	.03	-.16	-.17
	2) 131 1.46 2.81	2E Geschl.	.21	.61	11.64**	.10	2.66	.27	.08	.07	.27	.31
		Erstkurg./Kurwiederh.	-.21	.49	5.99**			.34	.12	.04	-.18	.21
		2K Krankh.-Konz.u.Kurerw.	.44	.02	33.01**	.27	2.36	.45	.21	.20	.45	.46
		Erstkurg./Kurwiederh.	-.19	.41	6.51**			.49	.24	.04	-.17	-.25
		Risik. med.Kennw.u.Ern.	-.17	.05	4.89**			.52	.27	.03	-.23	-.15
		Alt.-Gr.	-.16	.41	4.31**			.53	.29	.02	-.15	-.11

Fortsetzung Tab. 57a:

	1) T1-T2 N	M	s	2) T1-T3 N	M	s	1E 1K 2E 2K	Kurzbezeichnung Prädiktorvariablen	Beta	s_e	EinzPräd F	p	MultPräd R^2adj	s_e	R	R^2	R^2 change	r	Beta
KKB3 Körperleid. Org.-Med.	1) 163	.99	3.04				1E	Erstkurg./Kurwiederh.	-.20	.53	6.24	**	.07	3.16	.17	.03	.02	-.17	-.19
								Z.d.Ki.	-.18	.41	5.19	**			.23	.05	.03	-.17	-.15
								Belast.-Rating	.17	.53	4.73	**			.29	.09	.03	.13	.14
							1K	Krankh.-Konz.u.Kurerw.	.36	.01	26.21	**	.17	3.01	.36	.13	.13	.36	.32
								Erstkurg./Kurwiederh.	-.17	.48	6.01	**			.40	.16	.03	-.18	-.20
								Z.d.Ki.	-.16	.37	4.89	**			.43	.18	.03	-.13	-.17
	2) 131	.62	3.94				2E	Ber.-Tät.	-.21	.30	5.21	**	.03	3.86	.17	.03	.03	-.17	-.23
							2K	Krankh.-Konz.u.Kurerw.	.44	.02	23.63	**	.14	3.63	.34	.11	.11	.34	.43
								Belast.-u.konfliktrel. Pkt.	-.22	.01	6.23	**			.36	.16	.04	-.05	-.24
KKB4 Bel. unbefr. Arb.-Sit., H.z.Zufr.	1) 164	.61	3.80				1E	Z.d.Ki.	-.18	-.18	5.05	**	.03	2.08	.18	.03	.03	-.18	-.18
							1K	Krankh.-Konzu.Kurerw.	-.42	.03	20.18	**	.17	3.01	.33	.10	.10	.20	.42
								Z.d.Ki.	-.19	-.18	6.01	**			.18	.13	.03	-.18	-.19
	2) 131	-.12	2.30				2E	Belast.-Rating	.21	.40	5.45	**	.04	2.17	.21	.04	.04	.21	.22
							2K	Krankh.-Konz.u.Kurerw.	.26	.01	9.05	**	.06	2.14	.25	.06	.06	.25	.32
HG																			
HG1 Mißtr. geg.Ärzte u.Therap.	1)						1E	Ber.-Tät.	-.22	.08	8.26	**	.04	1.06	.22	.05	.05	-.22	-.25
							1K	Ber.-Tät.	-.20	.08	8.19	**	.04	1.09	.22	.05	.05	-.22	-.24
	2) 131	-.20	1.57				2E	-											
							2K	Blutdruck	.19	.01	4.66	**	.03	1.55	.19	.03	.03	.19	.16
HG2 Risikovermeid.	1) 159	.06	.89				1E	Erstkurg./Kurwiederh.	-.18	.14	5.39	**	.07	.85	.16	.03	.03	-.16	-.20
								Alt.-Gr.	.18	.14	5.62	**			.23	.06	.06	.16	.19
								Zus.psych.Beh.	-.17	.18	4.69	**			.29	.08	.03	-.15	-.14
							1K	Alt.-Gr.	.19	.13	5.97	**	.06	.86	.16	.03	.03	.16	.21
								Erstkurg./Kurwiederh.	-.17	.14	4.65	**			.23	.05	.03	-.14	-.15
								Zus.psych.Beh.	-.16	.18	4.05	**			.28	.08	.02	-.14	-.15
	2) 127	-.13	1.27				2E	-											
							2K	Zuv.,Gel.,Vertr.,Wohlbef.	.18	.01	4.58	**	.03	1.25	.19	.04	.04	.18	.44
HG3 Beacht. v.Krank.-h.anz.	1) 163	.11	1.16				1E	Geschl.	-.18	.21	5.30	**	.03	1.14	.18	.03	.03	-.18	-.17
							1K	Geschl.	-.19	.21	6.16	**	.03	1.14	.18	.04	.04	-.18	-.20
	2) 131	.07	1.09				2E	Abg. Ber.-Ausb.	-.17	.21	3.50	*	.03	1.07	.14	.02	.02	-.14	-.16
							2K	Fam.-St.	.19	.11	5.01	**	.04	1.05	.16	.03	.03	.16	.16
								Abg.Ber.-Ausb.	-.17	.19	4.05	*			.24	.05	.03	-.14	-.10
HG4 Mißtr. geg.eig. Körp.	1) 162	-.17	.96				1E	Z.d.Ki.	.23	.11	8.57	**	.07	.91	.22	.06	.06	.23	.17
								Zus.psych.Beh.	.19	.20	6.19	**			.29	.08	.04	.18	.18
							1K	Z.d.Ki.	.22	.11	8.05	**	.07	.92	.22	.06	.06	.28	.20
								Zus.psych.Beh.	.19	.20	6.19	**			.28	.06	.06	.18	.20
	2) 131	-.03	1.23				2E	-											
							2K	Belast.,Berufsunz., Erkr.	-.18	.01	4.82	**	.05	1.19	.17	.03	.03	-.17	-.31
								Erhol.	-.18	.01	4.41	**			.25	.06	.03	-.16	-.14
FPI																			
FPI2 Aggr.	1) 170	-.11	1.77				1E	Rauch.	-.23	.15	9.28	**	.05	1.73	.21	.05	.05	-.21	-.19
								Abg.Ber.-Ausb.	.14	.28	3.39	*			.25	.06	.02	.11	-.19
							1K	Rauch.	-.23	.15	9.86	**	.05	1.72	.21	.05	.05	-.21	-.22
								Abg.Ber.-Ausb.	.14	.28	3.69	*			.25	.06	.02	.11	.18
	2) 131	.32	1.87				2E	-											
							2K	Belast.-u.konfliktrel. Pkt.	.41	.01	18.50	**	.14	1.73	.22	.05	.05	.23	.54
								Zuv.,Vertr.-Gel.Wohlbef.	.20	.01	5.95	**			.32	.10	.05	.16	.67
								Erholung	.18	.01	4.29	*			.37	.14	.03	-.10	-.17
								Krankh.-Konz.u.Kurerw.	-.18	.01	4.13	*			.40	.16	.03	-.10	-.17
FPI9 Offen.	1) 170	.25	2.00				1E	Belast.-Rating	.20	.31	6.73	**	.03	1.97	.20	.04	.04	.20	.20
							1K	Belast.-u.konfliktrel. Pkt.	.29	.01	14.67	**	.07	1.92	.25	.06	.06	.25	.33
								Geschl.	-.15	.36	3.86	*			.29	.08	.02	-.07	-.19
	2) 131	.17	2.26				2E	Hauptdiag.	.21	.54	5.87	**	.08	2.17	.20	.04	.02	.20	.21
								Erstkurg./Kurwiederh.	.23	.44	5.79	**			.25	.06	.03	-.10	-.18
								Belast.-Rating	.19	.40	4.61	**			.29	.08	.02	.16	.21
								Zus.psych.Beh.	.18	.57	3.58	*			.3	.1	.02	.15	.15
							2K	Belast.-u.konfliktrel. Pkt.	.26	.01	8.43	**	.11	2.15	.26	.06	.06	.26	.36
								Belst.,Berufsunz.,Erkr.	.19	.01	4.90	**			.31	.10	.03	.24	-.07
								Zus.psych.Beh.	.17	.54	3.74	*			.35	.12	.03	.15	.18
FPIE Extrav.	1) 170	-.45	1.77				1E	Abg.Ber.-Ausb.	.15	.29	3.97	*	.02	1.76	.17	.03	.03	.17	.11
							1K	Abg.Ber.-Ausb.	.16	.28	4.82	**	.02	1.76	.17	.03	.03	.17	.09
	2) 131	-.09	2.98				2E	Zus.psych.Beh.	.24	.52	7.60	**	.05	2.18	.26	.06	.05	.25	.25
							2K	Zus.psych.Beh.	.25	.53	8.84	**	.09	2.12	.25	.06	.06	.25	.26
									-.27	.05	7.59	**			.28	.08	.03	-.30	-.35
									.23	.01	4.90	**			.34	.11	.03	-.05	.19

Fortsetzung Tab. 57a:

	1) T1-T2 N M s 2) T1-T3 N M s	1E 1K 2E 2K	Kurzbezeichnung Prädiktorvariablen	Beta	s_e	EinzPräd F	p	MultPräd R^2adj	s_e	R	R^2	R^2 change	r	Beta
FPIN Em.Lab.	1) 170 .63 .247	1E	Z.d.Ki.	.18	.30	5.30	**	.09	2.39	.20	.04	.04	.20	.18
			Rauch.	-.19	.22	5.74	**			.25	.06	.03	-.17	-.18
			Leben	.15	.47	3.56	*			.30	.09	.03	.14	.16
			Zus.psych.Beh.	-.14	.52	3.10	*			.33	.11	.02	-.15	-.17
		1K	Z.d.Ki.	.11	.29	5.01	**	.05	2.40	.20	.03	.03	.20	.18
			Int 1 Psychosoz.Bel. psychoveg. Gest.	.18	.01	6.04	**			.24	.06	.03	-.17	.17
			Rauch.	-.15	.21	3.78	*			.29	.08	.02	-.14	-.14
	2) 131 -.03 2.68	2E	Zus.psych.Beh.	.22	.62	6.49	**	.08	2.39	.19	.04	.04	-.19	-.25
			Ber.-Tät.	.18	.20	4.61	**			.26	.07	.03	.18	.22
			Life	-.17	.48	4.04	**			.32	.10	.03	-.16	.09
		2K	Belast.-u.konfliktrel. Pkt.	.26	.01	10.0	**	.11	2.53	.25	.07	.07	.26	.32
			Ber.-Tät.	.18	.13	4.94	**			.32	.10	.04	.18	
			Life	-.16	.47	3.94	*			.36	.13	.03	.15	
BPI (nur T1-T2 vorh.)														
BPI1 Geh.	1) 169 1.05 3.46	1E	Zus.psych Beh.	-.16	.70	4.57	**	.03	3.36	.16	.03	.03	-.16	-.17
			Alt.-Gr.	.14	.52	3.16	*			.21	.04	.02	.13	.10
		1K	Belast.-u.konfliktrel. Pkt.	.27	.01	12.27	**	.10	3.27	.21	.04	.04	.20	.19
			Subj.Bel.Ehe,Fam.,Ber.	-.21	.03	7.20	**			.27	.07	.03	-.10	-.23
			Z.d.Ki.	.18	.41	5.53	**			.31	.10	.03	.14	.17
			Puls, Cholest.	.16	.01	5.06	**			.35	.12	.03	.14	.13
BPI2 Err.	1) 169 1.90 4.48	1E	Zus.psych.Beh.	-.28	.91	13.43	**	.08	4.32	.27	.07	.07	-.27	-.29
			Ber.-Tät.	.15	.31	3.94	*			.31	.09	.02	.13	.11
		1K	Zus.psych.Beh.	-.28	.90	13.26	**	.08	4.30	.27	.07	.07	-.27	-.22
			Ber.-Tät.	.14	.20	3.51	*			.31	.09	.02	.13	.11
BPI3 Nerv.	1) 169 .68 3.27	1E	Zus.psych.Beh.	-.27	.66	12.86	**	.07	3.13	.27	.08	.07	-.27	-.28
		1K	Zus.psych.Beh.	-.28	.66	15.61	**	.10	3.10	.27	.08	.08	-.27	-.22
			Blutdruck	-.19	.01	6.73	**			.33	.11	.04	-.17	-.27
BPI4 Depr.	1) 169 .65 2.70	1E	Zus.psych.Beh.	-.21	.55	8.11	**	.06	2.64	.21	.05	.05	-.21	-.16
		1K	Zus.psych.Beh.	-.21	.12	3.78	*			.26	.07	.02	.15	.11
BPI5 Int.	1) 169 .55 1.80	1E	Alt.-Gr.	.20	.27	7.04	**	.09	1.74	.18	.03	.03	.18	.20
			Hauptdiag.	.19	.41	6.03	**			.25	.06	.03	.18	.18
			Zus.psych.Beh.	-.16	.37	4.88	**			.29	.09	.03	-.16	-.18
				-.17	.28	4.47	**			.33	.11	.02	-.11	-.17
		1K	Introvert.,konfl.Sex.	.13	.03	22.87	**	.16	1.65	.35	.12	.12	.35	.31
			Fam.-St.	.15	.16	4.97	**			.38	.15	.02	.16	.13
			Hauptdiag.	.15	.38	4.87	**			.41	.17	.02	.17	.20
BPI6 Lüg.	1) 167 -.44 1.40	1E	Leben	-.15	.26	3.57	*	.02	1.40	.15	.02	.02	-.15	-.15
		1K												
FBL1 Allg.	1) 166 6.97 7.24	1E	Erstkurg./Kurwiederh.	.18	1.41	5.05	*	.03	6.95	.19	.03	.03	.19	.19
		1K	Beschwerd.u.Medik.	.47	.06	43.66	**	.25	6.27	.40	.16	.16	.40	.53
			Unlustbet.Bef.	-.23	.11	11.14	**			.46	.21	.05	-.14	-.24
			Abg.Ber.-Ausb.	-.18	1.05	6.45	**			.50	.24	.03	-.09	-.05
			Erstkurg./Kurwiederh.	-.14	1.00	4.37	**			.52	.27	.02	-.19	-.15
	2) 131 4.58 6.69	2E	Erstkurg./Kurwiederh.	-.18	1.16	4.38	**	.05	6.36	.20	.04	.04	-.20	-.20
			Zus.psych. Beh.	-.18	1.56	4.08	**			.26	.07	.03	-.19	-.14
		2K	Beschwerd.u.Medik.	.41	.06	29.90	**	.26	5.73	.45	.20	.20	.45	.47
			Erstkurg./Kurwiederh.	-.17	1.01	6.93	**			.38	.23	.04	-.21	-.16
			Blutdruck	-.18	.02	5.71	**			.51	.26	.03	-.17	-.23
			Zus.psych.Beh.	-.18	1.37	5.38	**			.54	.29	.03	-.20	-.13
SES														
SES1 Geh.St.	1) 164 -.99 2.40	1E												
		1K	Puls,Cholest.	-.17	.00	5.16	**	.04	2.35	.14	.02	.02	-.14	-.11
			Relativgew.	.16	.01	4.47	**			.20	.04	.02	.13	.08
			Z.d.Ki.	-.15	.29	3.68	*			.25	.06	.02	-.11	-.19
	2) 128 .23 2.51	2E												
		2K	Zuv.,Vertr.,Gel.,Wohlbef.	1.81	.04	38.23	**	.24	2.18	.19	.03	.11	.19	1.88
			Int 1 Psychosoz.Bel. psychoveg. Gest.	1.65	.04	33.47	**			.48	.23	.19	-.06	1.55
			Puls, Cholest.	-.16	.00	4.65	**			.51	.26	.03	-.17	-.15
SES2 Mißst.	1) 164 -.15 1.86	1E												
		1K	Unlustbet. Bef.	.43	.03	38.54	**	.17	1.70	.41	.17	.17	.41	.49
			Geschl.	-.20	.31	8.32	**			.47	.21	.04	-.16	-.22
	2) 128-.126 2.18	2E	Life	-.28	.42	10.00	**	.07	2.16	.28	.08	.08	-.28	-.27
		2K	Unlustbet.Bef.	.55	.55	57.41	**	.38	1.78	.47	.22	.22	.47	.57
			Erholung	.28	.23	11.51	**			.53	.28	.07	.20	.23
			Life	-.19	-.19	7.34	**			.59	.35	.07	-.28	-.19
			Subj.Bel.Ehe,Fam.,Ber.	-.19	-.19	7.23	**			.61	.38	.03	-.10	-.17
			Geschl.	-.16	-.16	5.20	**			.64	.40	.03	-.16	-.09

Fortsetzung Tab. 57a:

	1) T1-T2 N M s 2) T1-T3 N M s	1E 1K 2E 2K	Kurzbezeichnung Prädiktorvariablen	Beta	s_e	EinzPräd F	p	MultPräd R^2adj	s_e	R	R^2	R^2 change	r	Beta
SES3 Akt.	1) 162 -.49 2.20	1E	-											
		1K	Unlustbet.Bef.	.29	.04	15.06	**	.10	2.08	.23	.05	.05	.23	.32
			Zuv.,Vertr.,Gel.,Wohlbef.	.90	.04	9.07	**			.29	.08	.03	.11	.78
			Int1 Psychosoz.Bel. psychoveg. Gest.	.75	.04	6.39	**			.34	.11	.03	-.08	.69
	2) 125 -.36 2.64	2E	Abg. Ber.-Ausb.	-.20	.48	4.86	**	.03	2.49	.20	.04	.04	-.20	-.13
		2K	Beschwerd.u.Medik.	-.28	.03	11.11	**	.07	2.54	.28	.08	.08	-.28	-.36
SES4 Gedr.St.	1) 165 -.01 1.45	1E	Abg.Ber.-Ausb.	-.21	.25	7.01	**	.04	1.45	.23	.04	.04	-.23	-.18
		1K	Unlustbet.Bef.	.52	.02	66.39		.32	1.19	.49	.25	.24	.50	.61
			Abg.Ber.-Ausb.	-.29	.19	20.27				.57	.32	.08	-.23	-.18
	2) 128 -.39 2.06	2E	Life	-.25	.40	7.51	**	.05	2.05	.25	.06	.06	-.25	-.20
		2K	Unlustbet. Bef.	.45	.03	33.80	**	.30	1.72	.44	1.9	.19	.44	.49
			Belast.-u.konfliktrel. Pkt.	-.22	.01	7.30	**			.49	.24	.05	-.12	-.14
			Life	-.20	.32	7.10	**			.53	.28	.04	-.25	-.16
			Geschl.	-.21	.42	6.73	**			.55	.30	.03	-.17	-.14
			Beschwerd.u.Medik.	.21	.02	6.13	**			.58	.33	.03	.11	.21
SES5 Trägh.	1) 154 -.15 1.47	1E	-											
		1K	Unlustbet.Bef.	.18	.02	5.34	**	.08	1.40	.21	.04	.04	.20	.22
			Fam.-St.	-.17	.15	4.78	**			.27	.07	.03	-.19	-.12
			Relativgew.	-.15	.01	3.87	*			.31	.10	.02	-.19	-.21
	2) 118 -.15 2.03	2E	Life	-.23	.39	6.51	**	.05	1.97	.20	.04	.04	-.20	-.21
			Z.bish.Kuraufenth.	.16	.37	3.05	*			.25	.06	.03	.11	.14
		2K	Unlustbet. Bef.	.26	.04	9.00	**	.11	1.99	.27	.07	.07	.26	.21
			Life	-.18	.37	4.52	**			.33	.11	.04	-.19	-.26
			Puls, Cholest.	.16	.01	3.56	*			.37	.13	.03	.17	.22
SES6 Müd.	1) 162 1.40 2.53	1E	Leben	.24	.47	9.23	**	.06	2.38	.22	.05	.05	.22	.21
			Abg.Ber.-Ausb.	-.14	.41	3.36	*			.25	.06	.03	-.14	-.14
			Z.d.Ki.	.13	.30	2.87	*			.29	.08	.02	.11	-.14
		1K	Unlustbet.Bef.	-.40	.04	32.39	**	.17	2.29	.39	.15	.15	.39	.49
			Abg.Ber.-Ausb.	-.19	.37	6.85	**			.43	.19	.03	-.14	-.14
	2) 125 -.16 2.66	2E	Fam.-St.	.23	.66	6.41	**	.04	2.66	.23	.05	.05	.14	.18
		2K	Unlustbet.Bef.	.49	.04	38.92	**	.25	2.31	.45	.19	.19	.45	.57
			Beschwerd.u.Medik.	.22	.31	8.06	**			.47	.23	.03	.18	.25
			Subj.Bel. Ehe, Fam.Ber.	-.21	.03	6.75	**			.52	.26	.03	-.04	-.24
SES7 Ausg.St.	1) 165 -.20 2.32	1E	Z.d.Ki.	-.17	.29	4.72	**	.04	2.26	.17	.03	.03	-.17	-.18
			Zus. psych.Beh.	-.15	.50	3.89	**			.22	.05	.02	-.14	-.12
		1K	-											
	2) 128 .30 2.47	2E	Geschl.	-.22	.55	6.18	**	.05	2.41	.20	.04	.04	-.20	-.19
			Life	-.17	.47	3.69	*			.26	.07	.03	.14	.18
		2K	Abg.Ber.-Ausb.	-.20	.45	5.36	**	.03	2.42	.20	.04	.04	.04	-.20
<u>BFB</u>														
BFB1 Bel. i.Z.m.Ehe	1) 141 .00 2.38	1E	Rauch.	-.17	.23	3.89	**	.02	2.35	.18	.03	.03	-.18	-.15
		1K	Rauch.	-.17	.46	4.77	**	.03	2.35	.18	.03	.03	-.18	-.16
	2) 130 -.35 2.55	2E	Life	-.25	.46	6.93	**	.05	2.49	.24	.05	.05	-.24	-.20
		2K	Life	-.25	.25	9.03	**	.05	2.47	.24	.05	.05	-.24	-.24
			Subj.Bel.Ehe,Fam.,Ber.	.17	.03	3.90	*			.29	.08	.03	.13	.14
BFB2 Überford.Arb.	1) 139 -.04 3.69	1E	Geschl.	-.21	.68	6.01	*	.04	3.56	.21	.04	.04	-.21	-.21
		1K	Subj.Bel.Ehe,Fam.,Ber.	.33	.04	16.21	**	.14	3.41	.24	.06	.06	.23	.31
			Belast.-u.konfliktrel. Pkt.	-.26	.01	10.02	**			.36	.13	.06	-.18	-.14
			Puls, Cholest.	.18	.01	5.13	**			.40	.16	.03	.19	.18
		2E	Z.d.Ki	.21	.49	6.22	**	.09	3.72	.20	.04	.04	.20	.19
			Erstkurg./Kurwiederh.	-.22	.68	6.20	**			.27	.08	.04	-.19	-.19
			Life	.19	.72	4.72	**			.33	.11	.03	.12	.17
		2K	Subj.Bel.Ehe,Fam.,Ber.	.42	.42	29.68	**	.20	3.47	.42	.18	.18	.42	.48
			Erstkurg./Kurwiederh.	-.19	-.19	5.65	**			.46	.22	.03	-.19	-.24
BFB3 Unzufr.Arb., Koll.,Ber.	1) 141 -.01 3.57	1E	-											
		1K	-											
	2) 130 .24 4.32	2E	-											
		2K	Int1 Psychosoz.Bel. psychoveg. Gest.	-1.18	.04	59.08	**	.31	3.58	.34	.12	.12	-.35	-1.23
			Belast.,Berufsunz., Erkr.	.93	.03	36.99	**			.55	.30	.18	-.11	.54
			Life	-.20	.67	7.37	**			.57	.33	.03	-.18	-.41
			Erstkurg./Kurwiederh.	.18	.63	6.18	**			.60	.36	.03	.08	.20
BFB4 Bel. i.Z.m.Ki.	1) 115 .02 1.31	1E	Geschl.	-.44	.32	15.58	**	.12	1.77	.29	.08	.08	-.28	-.39
			Abg.Ber.-Ausb.	.27	.30	5.92	**			.26	.13	.05	.12	.19
		1K	Blutdruck	-.22	.01	6.05	**	.07	1.26	.21	.04	.04	-.20	-.22
			Belast.-u.konfliktrel. Pkt.	-.20	.01	4.99	**			.29	.08	.04	-.19	-.23

Fortsetzung Tab. 57a:

	1) T1-T2 N M s 2) T1-T3 N M s	1E 1K 2E 2K	Kurzbezeichnung Prädiktorvariablen	Beta	s_e	EinzPräd F	p	MultPräd R^2adj	s_e	R	R^2	R^2 change	r	Beta
	2) 103 -.33 1.56	2E	-											
		2K	Introvert.konfl.Sex	-.24	.04	6.14	**	.06	1.51	.19	.03	.03	-.19	-.04
			Subj.Bel.Ehe,Fam.Ber.	.21	.03	4.65	**			.28	.08	.04	.16	.24
Mediz. Variabl. (außer Körpergew. nur T1-T2 vorh.)														
Körpergew.	1) 169 1.18 2.33	1E	Fam.-St.	.26	.48	12.43	**	.12	2.20	.27	.08	.08	.15	.23
			Hauptdiag.	-.23	.50	9.34	**			.36	.12	.05	-.15	-.21
		1K	Relativgew.	.65	.01	122.26	**	.42	1.76	.63	.40	.40	.63	.62
			Abg. Ber.-Ausb.	-.18	.28	9.92	**			.66	.43	.03	-.11	-.20
	2) 124 .33 6.40	2E	Fam.-St.	.30	1.59	11.90	**	.11	6.07	.31	.10	.10	.31	.27
			Hauptdiag.	-.15	1.59	3.10	*			.35	.12	.02	-.18	-.18
		2K	Relativgew.	.34	.04	17.55	**	.14	5.93	.35	.12	.12	.35	.28
			Risikorel.med.Kennw.	-.18	.11	4.58	**			.40	.16	.03	-.18	-.17
psR	1) 135 3.56 11.44	1E	-											
		1K	Blutdruck	.54	.04	56.36	**	.29	9.62	.54	.30	.30	.54	.54
pdR	1) 135 2.86 9.72	1E	Geschl.	-.29	2.20	11.74	**	.12	9.17	.26	.06	.06	-.25	-.30
			Leben	-.22	1.90	7.05	**			.32	.10	.04	-.17	-.22
			Fam.-St.	.17	2.20	4.24	**			.36	.13	.03	.17	.12
			Rauch.	.15	.94	3.43	*			.39	.15	.02	.09	.17
		1K	Blutdruck	.44	.03	41.66	**	.36	7.68	.49	.24	.29	.49	.45
			Geschl.	-.30	1.82	17.32	**			.54	.29	.04	-.25	-.41
			Zuv.,Vertr.,Gel.,Wohlbef.	.27	.04	14.32	**			.57	.33	.04	.23	.44
			Belast.-u.konfliktrel. Pkt.	.28	.03	14.26	**			.62	.37	.04	.14	.33
Puls	1) 109 4.47 11.01	1E	-											
		1K	Fam.-St.	-.20	1.36	4.49	**	.03	10.83	.20	.04	.04	-.20	-.19
Cholest.	1) 67 48.42 43.49	1E	Belast.-Rating	.25	10.80	4.47	*	.05	42.42	.26	-07	-07	.26	.38
		1K	Puls,Cholest.	.44	.12	16.69	**	.22	38.46	.45	.20	.20	.45	.55
			Subj., Bel.Ehe,Fam., Ber.	.21	.66	3.70	*			.49	.24	.04	.22	.26
Anamnest.-katamnest. Variabl. (nur T1-T3 vorh.)														
Häufigk.d. Krankm.	2) 131 1.58 1.31	2E	-											
		2K	Belast.,Berufsunz., Erkr.	.79	.01	26.17	**	.19	1.17	.31	.09	.10	.31	.39
			Zuv.,Vertr.,Gel.,Wohlbef.	.54	.01	12.24	**			.43	.18	.09	-.11	.28
			Erholung	.15	.01	3.75	*			.46	.21	.02	.17	.18
Dauer d.Krankm. in Wo.	2) 131 4.82 6.49	2E	Alt.-Gr.	.24	1.12	7.69	**	.07	6.30	.22	.05	.05	.22	.29
			Ber.-Tät.	-.16	.48	3.73	*			.27	.07	.02	-.12	-.21
			Rauch.	-.15	.64	3.04				.31	.09	.02	-.13	-.18
		2K	Belast.,Berufsunz., Erkr.	1.16	.04	57.04	**	.35	5.21	.43	.19	.19	.43	1.03
			Int1Psychosoz.Bel. psychoveg. Gest.	-.78	.06	27.09	**			.56	.32	.13	.22	-.51
			Alt.-Gr.	.17	.90	5.83	**			.59	.35	.03	.22	.18
			Belast.-u.konfliktrel.Pkt.	-.17	.02	5.25	**			.61	.37	.03	-.01	-.12
St.Erhol./T.	2) 131 -.14 1.72	2E	Z.d.Ki	-.16	.23	3.28	*	.03	1.73	.13	.02	.02	.13	.12
			Schicht	-.16	.42	3.03	*			.20	.04	.02	.13	.18
		2K	Puls, Cholest.	.22	.00	6.70	**	.06	1.66	.23	.05	.05	.23	.23
			Relativgew.	.16	.01	3.66	*			.28	.08	.03	.18	.17
Bierkons./ Wo.	2) 131 1.37 2.30	2E	-											
		2K	Risik.med.Kennw.u.Ern.	.65	.04	47.98	**	.28	1.94	.47	.22	.22	.47	.67
			Geschl.	.28	.53	8.99	**			.52	.28	.05	-.10	-.34
			Puls, Cholest.	-.14	.00	3.64	*			.54	.30	.02	-.13	-.16
Kons.hochproz. Getr./Wo.	2) 130 .31 1.40	2E	Zus.psych.Beh.	-.17	.33	3.72	*	.04	1.39	.17	.03	.03	-.17	-.18
			Fam.-St.	.16	.35	3.23	*			.23	.05	.02	.16	.20
		2K	Zus.psych.Beh.	-.22	.34	6.27	**	.07	1.35	.17	.03	.03	-.17	-.19
			Belast.-u.konfliktrel. Pkt.	.23	.01	5.88	**			.23	.05	.03	-.10	-.34
			Subj.Bel.Ehe,Fam.Ber.	.21	.01	4.96	**			.30	.09	.03	.15	.12

Fortsetzung Tab. 57a:

	1) T1-T2 N	M	s	1E 1K 2E 2K Kurzbezeichnung Prädiktorvariablen	Beta	s_e	EinzPräd F	p	MultPräd R^2adj	s_e	R	R^2	R^2 change	r	Beta
	2) T1-T3 N	M	s												
Schlaftbl.	2) 131	.38	1.20	2E Belast.-Rating	.23	.21	7.35	**	.08	1.13	.22	.05	.05	.22	.31
				Z.d.Ki.	-.18	.15	4.46	*			.28	.08	.03	-.14	-.09
				Abg.Ber.-Ausb.	.15	.21	3.02	*			.32	.10	.02	.15	.11
				2K Beschwerd.u.Medik.	.33	.01	16.82	**	.15	1.10	.33	.11	.11	.33	.31
				Ber.-Tät.	-.18	.06	5.15	**			.37	.14	.03	.16	.19
				Alt.-Gr.	-.17	.19	4.28	**			.41	.17	.03	-.18	-.30
Schmerztbl.	2) 131	.18	1.47	2E -											
				2K Blutdruck	-.18	.01	4.13	**	.02	1.45	.18	.03	.03	.18	-.18
Sonst. Medik.	2) 128	.52	2.02	2E Geschl.	-.24	.12	7.52	**	.02	1.99	.26	.07	.07	-.31	-.22
				Fam.-St.	.15	.14	3.23	*			.30	.09	.02	.25	.15
				2K Belast.-u.konfliktrel. Pkt.	.26	.02	8.58	**	.09	1.92	.17	.03	.03	.17	.42
				Beschwerd.u.Medik.	-.25	.01	8.30	**			.28	.08	.03	-.16	-.28
				Ber.-Tät.	-.19	.10	5.15	**			.34	.12	.03	-.16	-.22

Tab. 57b: Schrittweise multiple Regressionsrechnungen im Hinblick auf bestimmte Einzelvariablen (Kriterien) anhand verschiedener einzelner Prädiktorvariablen. Je nach Fragestellung befinden sich auf der Prädiktorenseite folgende Variablen (genaue Angaben siehe jeweiliger Kriterienbereich), und zwar des Anamnestischen Erhebungsbogens:
Geschlecht (1=männl.,2=weibl.), Alter (Anz.J.), Berufsausbildungsabschluß (1=ja, 2=nein), Art der Berufstätigkeit (1=einf.Arb.,2=Fach-u.Spezialarb.,3=berufl.Höhergest.), Häufigk.u.Dauer der Krankmeldungen in den beiden Kurvorjahren (Anz.Wochen), Zahl der Urlaubstage in diesem Zeitraum, Zahl der tägl. Erholungsstunden, Medikamentenkonsum im zurücklieg.Janr (Schlaf-,Beruhigungs-,Schmerz-,Abführ- u.sonstige Tabletten, 0=nie, ...,4=fast tägl.), Trinkgewohnheiten (Kaffee- bzw. Teekons./T., Bier-, Wein-,hochproz.Getränke-Kons./Wo. bis zunehmende Menge), Raucherstatus (1=ja,2=nicht mehr,3=noch nie), Zahl bisheriger Krankenhausaufenthalte und Operationen sowie Kuraufenthalte (letztere als 0=Erstkurg., 1=Kurwiederh.), Beurteilung der eigenen Lebensführung als gesund (1=ja,2=nein); des Psychologischen Interviews: besondere Veränderungen und Ereignisse in den beiden Kurvorjahren (Leben,0=keine Vorkommnisse, 1=Vorkommnisse), Belastungsrating (1=nicht bis mittel, 2=sehr belastet); des Katamnestischen Erhebungsbogens (Life, analog zu Leben, und zwar auf Kurnachhalbjahr bezogen); der Hauptdiagnosegruppe (1=andere als Psychoveg.Syndrom,2=Psychoveg. Syndrom); der zusätzlichen psychologischen Behandlung (1=ja, 2=nein), sodann der psychologischen Fragebogen KKB, HG, FPI, BPI, FBL, SES, BFB sowie des Relativgewichts zum Körpergewicht, die in ihren unterschiedlichen terminspezifischen Ausprägungen in Verbindung mit den anamnese- (bzw. im FalleLife auch katamnese-)-, diagnose- und behandlungsspezifischen Variablen eingesetzt werden (Kuranfang=1), Kurende=2), Halbjahreskatemnese=3); außerdem der EzK-, BdK- und ABR-Fragebogen, die zum Teil aber auch als Kriterien verwendet werden (bei Fragebogen und Relativgew. entspricht ein hoher Wert - außer im umgekehrten Fall bei HG - auch einer hohen Ausprägung).
Bei Darstellung im Falle der jeweils signifikanten Prädiktoren pro Kriterienbereich nochmalige Vorausnennung der gesamten verwendeten Prädiktoren. N ergibt sich aus N von Kriterium und Prädiktorensatz (umgekehrte Polung bei HG-Variablen beachten).

Kriteriums-variable (Kurz-bezeichnung)	N	Übersicht über gesamte eingesetzte Prädiktorvariablen 1) 2) 3) Signifikante einzelne Prädiktorvariablen	Werte aus der schrittweisen Regressionsgleichung: Beta	s_e	EinzPräd F	p	MultPräd R^2adj	s_e	Werte aus der gesamten Regressionsgleichung: R	R^2	R^2 change	r	Beta
		Anamnese-,interview-,diagnose- und behandlungsspezif.Variabl. und T1-Werte von KKB,HG,FPI,BPI, SES und BFB sowie Relativgew.(1))											
EzK													
216 EzK1 Erw.befr. Ges.-Zust.	164	1) 224 KKB 2-1 Streß u.Schon.	.43	.19	30.63	**	.47	6.55	.64	.40	.40	.64	.31
		225 KKB 3-1 Körperleid.u.Org.-Med.	.26	.17	11.67	**			.67	.45	.04	.59	.29
		236 HG 2-1 Risikovermeid.	.13	.50	5.44	**			.69	.47	.02	.19	.07
		247 FPI 2-1 Aggr.	-.12	.25	4.23	**			.71	.49	.02	-.21	-.14
217 EzK2 Entl.v.allt. Anf.,Ausspr., Kont.	164	1) 247 KKB 1-1 Seel.psychosoz.Prob., Ps.-Th.	.40	.07	29.33	**	.35	5.12	.54	.28	.28	.54	.24
		226 KKB 4-1 Bel.unbefr.Arb.-Sit., H.z.Zufr.	.26	.18	12.48	**			.58	.33	.05	.47	.25
		236 HG 2-1 Risikovermeid.	.15	.39	5.40	*			.60	.36	.02	.16	.12
218 EzK3 Erw.natürl. Heilm., Erf.-Zuv.	164	1) 224 KKB 2-1 Streß u.Schon.	.59	.14	84.29	**	.35	6.48	.53	.28	.28	.53	.48
		271 FBL 1-1 Allg.	-.23	.07	12.63	**			.58	.34	.05	-.11	-.21
		235 HG 1-1 Mißtr.geg.Ärzte u. Therap.	.15	.32	5.54	**			.60	.36	.02	.15	.11
		Anamnese-,interview-,diagnose- und behandlungsspezif.Variabl. in Verb. mit T1-Werten (1)), sodann T2-Werten (2)), von KKB, HG, FPI, BPI und BFB sowie Relativgew.											
BdK													
219 BdK1 Glob.subj. Kurerf.	132	1) 238 HG 4-1 Mißtr.geg. eig.Körp.	.32	.43	17.50	**	.21	5.49	.37	.14	.14	.27	.36
		224 KKB 2-1 Streß u. Schon.	-.27	.20	11.51	**			.44	.20	.06	-.28	-.16
		297 BFB 3-1 Unzufr.Arb.,Koll., Bez.	-.16	.15	4.33	**			.46	.21	.02	-.20	-.10
		217 EzK 2 Erw.Entl.v.allt. Anf.,Ausspr.,Kont.	.15	.10	3.60	*			.49	.24	.02	.03	.19
	114	2) 242 HG 4-2 Mißtr.geg.eig.Körp.	.31	.51	14.35	**	.30	5.16	.44	.17	.17	.42	.23
		272 FBL 1-2 Allg.	-.30	.06	14.11	**			.52	.27	.09	-.42	-.26
		239 HG 1-2 Mißtr.geg.Ärzte u. Therap.	.21	.38	8.04	**			.57	.32	.05	.27	.21
220 BdK2 Zufr.med. Unt.Beh.	132	1) 262 BPI 4-1 Depr.	-.18	.09	4.69	*	.06	4.07	.22	.05	.05	-.22	-.28
		248 FPI 9-1 Offen.	-.18	.14	4.34	*			.28	.08	.03	-.21	-.30
		2) 239 HG 1-2 Mißtr.geg.Ärzte u. Therap.	.24	.30	7.26	**	.11	3.98	.29	.08	.08	.29	.23
		301 BFB 3-2 Unzufr.Arb.,Koll., Bez.	-.20	.12	4.73	*			.35	.12	.04	-.25	-.30
221 BdK3 Zufr.m. erh.-u. kommun.-förd.Bed.	132	1) 218 EzK 3 Erw.natürl.Heilm., Erf.-Zuv.	.20	.10	6.60	**	.08	5.13	.18	.03	.03	.17	.14
		217 EzK 2 Erw.Entl.v.allt.Anf., Ausspr.Kont.	.21	.09	6.03	**			.25	.06	.03	.16	.19
		225 KKB 3-1 Körperleid.u.Org.-Med.	-.18	.15	4.50	*			.31	.10	.03	-.14	-.22
	114	2) 239 HG 1-2 Mißtr.geg.Ärzte u. Therap.	.31	.38	11.25	**	.08	5.10	.27	.07	.07	.27	.35
		300 BFB 2-2 Überford.Arb.	.17	.12	3.64	*			.32	.10	.03	.12	.16

Fortsetzung Tab. 57b:

Kriteriums-variable	N		Gesamte verwendete Prädiktorvariabl. Signif. einzelne Prädiktorvariabl. bei 1), 2), 3)	Beta	s_e	EinzPräd F	p	MultPräd R^2adj	s_e	R	R^2	R^2 change	r	Beta
222 BdK4 Pos.Bew. psych. Kurm.	132	1)	295 BFB 1-1 Bel.i.Z.m.Ehe	.26	.08	10.28	**	.13	3.52	.25	.06	.06	.25	.34
			217 EzK 2 Erw.Entl.v.allt.Anf., Ausspr.Kont	.19	.06	5.57	**			.30	.09	.03	.20	.17
			236 HG 2-1 Risikovermeid.	.18	.36	5.08	**			.35	.12	.03	-.18	-.17
			225 KKB 3-1 Körperleid.u.Org.-Med.	.18	.10	4.97	**			.39	.15	.03	-.11	-.13
	114	2)	196 Belast.-Rating	.29	.38	10.88	**	.17	3.42	.31	.09	.09	.31	.20
			239 HG 1-2 Mißtr.geg.Ärzte u. Therap.	.29	.35	11.10	**			.41	.16	.06	.21	.24
			299 BFB 1-2 Bel. i.Z.m.Ehe	.19	.09	4.51	**			.44	.19	.03	.22	.16
			Anamnese-,interview-,diagnose- und behandlungsspezif.Variabl. in Verbindung mit T2-Werten von KKB, HG, FPI, BPI, FBL,SES, BFB, Relativgew.sowie mit ABR (2))											
BdK														
219 BdK1 Glob. subj. Kurerf.	104	2)	283 SES 3-2 Akt.	.40	.24	22.21	**	.44	4.60	.59	.34	.59	.59	-.14
			307 Pos.Kurerf.,günst.Prog.Arzt	.34	.00	19.31	**			.65	.42	.43	.43	3.41
			268 BPI 4-2 Depr.	-.23	.13	8.00	**			.68	.46	-.34	-.34	-2.87
220 BdK2 Zufr.med. Unt.Beh.	106	2)	283 SES 3-2 Akt.	.30	.17	12.41	**	.21	3.74	.37	.14	.14	.37	1.36
			239 HG 1-2 Mißtr.geg.Ärzte u. Therap.	.22	.29	6.39	**			.44	.19	.05	.29	1.03
			270 BPI 6-2 Lüg.	.21	.23	5.82	**			.48	.23	.04	.26	.48
221 BdK3 Zufr.m. erh.-u. kommun.-förd.Bed.	106	2)	283 SES 3-2 Akt.	.35	.22	14.86	**	.19	4.80	.32	.10	.10	.32	.75
			239 HG 1-2 Mißtr.geg.Ärzte u. Therap.	.25	.37	8.34	**			.39	.15	.05	.27	1.28
			227 KKB 1-2 Seel.psychosoz. Probl.,Ps.-Th.	.25	.09	7.73	**			.46	.21	.05	.12	-2.59
222 BdK4 Pos.Bew. psych. Kurm.	106	2)	196 Belast.-Rating	.30	.38	11.48	**	.23	3.31	.31	.10	.10	.31	-.42
			239 HG 1-2 Mißtr.geg.Ärzte u. Therap.	.25	.25	8.00	**			.41	.16	.07	.22	-1.18
			283 SES 3-2 Akt.	.25	.15	7.91	**			.47	.21	.05	.21	.83
			309 Psychosom.Gest. Arzt	-.22	.00	6.37	**			.51	.26	.05	-.24	-2.75
			Anamnese-,interview-,diagnose- und behandlungsspezif.Variabl. in Verbindung mit T2-Werten von KKB, HG,FPI,BPI,FBL,SES,BFB, Relativgew. sowie EzK (2))											
BdK														
219 BdK1 Glob. subj. Kurerf.	147	2)	272 FBL 1-2 Allg.	.33	.08	20.85	**	.34	6.35	.42	.18	.18	-.42	-.28
			281 SES 1-2 Geh.St.	.31	.17	20.57	**			.53	.28	.10	.41	.17
			227 KKB 1-2 Seel. psychosz. Probl., Ps.-Th.	.27	.09	15.28	**			.58	.34	.06	.17	.21
			3 Geschl.	-.15	1.26	4.81	*			.60	.36	.02	-.28	-.10
220 BdK2 Zufr.med. Unt.Beh.	147	2)	287 SES 7-2	.34	.12	16.94	**	.14	4.44	.26	.07	.07	.26	.16
			267 BPI 3-2 Nerv.	-.20	.08	7.17	**			.34	.12	.05	-.23	-.20
			285 SES 5-2 Trägh.	-.22	.19	6.99	**			.40	.16	.04	-.11	-.21
221 BdK3 Zufr.m. erh.-u. kommun.-förd.Bed.	148	2)	227 KKB 1-2 Seel.psychosoz. Probl., Ps.-Th.	.34	.09	20.55	**	.19	5.91	.33	.11	.11	.33	.25
			283 SES 3-2 Akt.	.30	.15	16.32	**			.45	.20	.09	.29	.16
222 BdK4 Pos.Bew. psych. Kurm.	149	2)	227 KKB 1-2 Seel.psychosoz. Probl., Ps-Th.	.33	.05	16.76	**	.29	3.55	.40	.16	.16	.40	.30
			281 SES 1-2 Geh.St.	.38	.09	16.13	**			.48	.23	.07	.25	.35
			267 BPI 3-2 Nerv.	-.22	-.06	10.42	**			.53	.28	.04	-.19	-.25
			196 Belast.-Rating	.20	.39	6.27	**			.56	.31	.03	.31	.21
			Anamnese-,interview-,diagnose- und behandlungsspezif.Variabl. in Verb.mit T1-Werten von KKB, HG, FPI, BPI, FBL, SES, BFB, Relativgew. (1)) und EzK, sodann in Verb. mit T2-Werten ders. (2)) u. EzK											
Arzt- und Betreuerin-Rating (ABR)														
307 Pos. Kurerf., günst.Prog. Arzt (Artzr.1)	147	1)	276 SES 3-1 Akt.	.27	.16	10.77	**	.16	4.45	.33	.11	.11	.33	.32
			261 BPI 3-1 Nerv.	-.19	.08	5.23	**			.39	.16	.05	-.32	-.14
			279 SES 6-1 Müd.	-.16	.17	4.39	**			.42	.18	.02	-.18	-.23
	145	2)	3 Geschl.	-.27	.95	12.47	**	.13	5.14	.29	.08	.08	-.29	-.19
			345 Hauptdiag.	.18	.04	5.36	**			.35	.12	.05	.19	.19
			241 HG 3-2 Beacht.v.Krankh.anz.	.18	.25	5.29	**			.39	.15	.03	.20	.19

Fortsetzung Tab. 57b:

Kriteriums-variable	N		Gesamte verwendete Prädiktorvariabl. Signif. einzelne Prädiktorvariabl. bei 1), 2), 3)	Beta	s_e	EinzPräd F	p	MultPräd R^2adj	s_e	R	R^2	R^2 change	r	Beta
308 Ps. ger.Auff. u.pos. Kurerf. Betr. (Betr.r.)	149	1)	238 HG 4-1 Mißtr.geg.eig.Körp.	.31	.16	18.06	**	.20	2.60	.30	.09	.09	.30	.21
			279 SES 6-1 Müd.	-.21	.09	8.92	**			.37	.13	.05	-.23	-.09
			82 Erstkurg./Kurwiederh.	-.21	.25	8.26	**			.42	.18	.04	-.19	-.19
			1 Alter	.31	.04	8.00	**			.47	.22	.04	.15	.20
	145	2)	80 Z.bish.Krankenh.-aufenth.	-.16	.11	4.22	*	.05	2.83	.20	.04	.04	-.20	.03
			37 Dauer d. Krankm.i.2J.	-.16	.03	3.86	*			.26	.06	.03	-.20	-.04
309 Psychosom. Gest. Arzt (Arztr.2)	147	1)	263 BPI 5-1 Int.	-.40	.04	29.52	**	.20	1.36	.34	.11	.11	-.33	-.28
			279 SES 6-1 Müd.	-.20	.05	8.14	**			.39	.16	.04	-.17	-.16
			247 FPI 2-1 Aggr.	.21	.05	8.44	**			.45	.20	.04	.15	.14
			79 Sonst.Medik.i.l.J.	.17	.06	5.59	**			.48	.23	.03	.15	.14
	144	2)	227 KKB 1-2 Seel.psychosoz. Probl.,Ps.-Th.	-.32	.02	17.99	**	.20	1.42	.33	.10	.10	-.32	-.21
			267 BPI 3-2 Nerv.	.35	.02	16.69	**			.39	.15	.05	.16	.46
			268 BPI 4-2 Depr.	-.26	.03	8.98	**			.45	.20	.04	-.14	-.24
			81 Z.bish.Operat.	-.16	.07	4.49	*			.47	.22	.02	-.14	-.22
Katamnest. Erhebungsbog.			Anamnese-,interview-,diagnose- und behandlungsspezif.Variabl. in Verb.mit EzK und T1-Werten von KKB, HG,FPI,BPI3,4,FBL,BFB, Relativgew. (1)), sodann in Verb. mit EzK, BdK,ABR und T2-Werten von KKB, HG,FPI,BPI3,4,FBL,BFB, Relativgew. (2)), sodann in Verb. mit EzK,BdK, ABR und T3-Werten von KKB,HG,FPI, FBL,BFB, Relativgew.sowie Life (3)). In einzelnen Fällen zusätzl.Regression unter Ausschluß von ABR und Relativgew.												
Σ 84,85,86 Katamnest. BdK	104	1)	3 Geschl.	-.22	.41	5.28	**	.09	1.78	.25	.06	.06	-.24	-.18
			238 HG 4-1 Mißtr.geg.eig.Körp.	.19	.16	3.82	*			.30	.09	.03	.22	.27
			216 EzK 1 Erw.befr.Ges.-Zust.	.17	.03	3.22	*			.34	.11	.03	.10	.13
	90	2)	219 BdK 1 Glob.subj.Kurerf.	.49	.01	28.93	**	.25	.71	.49	.24	.24	.48	.63
			80 Z.bish.Krank.h.aufenth.	-.19	.03	4.17	**			.52	.27	.03	-.18	.51
	103	3)	219 BdK 1 Glob.subj.Kurerf.	.49	.02	34.40	**	.27	1.59	.48	.23	.23	.48	.51
			80 Z.bish.Krank.h.aufenth.	-.20	.07	6.15	**			.51	.26	.03	-.18	-.29
			244 HG 2-3 Risikovermeid.	.31	.15	4.43	**			.54	.29	.03	.11	.15
88 Morg.-gymn. Häufigk.	103	1)	80 Erstkurg./Kurwiederh.	-.21	.10	5.91	*	.11	2.23	.25	.06	.06	-.25	-.12
			224 KKB 2-1 Streß u. Schon.	.23	.09	4.81	*			.31	.09	.04	.18	.54
			298 BFB 4-1 Bel.i.Z.m.Ki.	-.31	.12	4.69	*			.37	.14	.04	-.21	-.53
	85	2)	80 Erstkurg./Kurwiederh.	-.25	.12	5.60	*	.06	2.31	.25	.06	.06	-.25	.45
		3)	80 Erstkurg./Kurwiederh.	-.25	.11	6.90	*	.06	2.31	.25	.06	.06	-.25	1.03
90 Wand. Häufigk.	103	1)	-											
	85	2)	307 Pos.Kurerf.,günst.Prog.Arzt	.48	.00	22.44	**	.24	1.88	.34	.12	.12	.34	1.80
			301 BFB 3-2 Unzufr.Arb.,Koll.,Bez.	.26	.07	7.04	**			.43	.18	.07	.19	.56
			241 HG 3-2 Beacht.v.Krankh.anz.	-.20	.19	4.52	*			.49	.24	.05	-.16	-.21
			242 HG 4-2 Mißtr.geg.eig.Körp.	-.21	.22	4.42	*			.52	.28	.04	-.14	-.64
	85	2) o.ABR	-											
	103	3)	307 Pos.Kurerf.,günst.Prog.Arzt	.45	.00	21.44	**	.17	1.96	.34	.12	.12	.34	3.64
			304 BFB 2-3 Überford.Arb.	-.25	.06	6.97	**			.39	.15	.04	-.15	-2.36
			273 FBL 1-3 Allg.	.23	.03	5.45	**			.44	.20	.04	.02	2.89
	103	3) o.ABR	78 Abführtbl.i.l.J.	.19	.17	3.82	*	.04	2.11	.17	.03	.03	.17	.20
			304 BFB 2-3 Überford.Arb.	-.17	.06	3.11	*			.24	.06	.03	-.14	.04
92 Schwimm. Häufigk.	105	1)	217 EzK 2 Erw.Entl.v.allt. Anf.,Ausspr.,Kont.	-.19	.02	3.88	*	.03	1.38	.18	.03	.03	-.18	-.25
	102	2)	307 Pos.Kurerf.,günst.Prog.Arzt	.70	.00	56.75	**	.41	1.09	.57	.32	.32	.57	1.77
			219 BdK 1 Glob.subj.Kurerf.	-.29	.02	8.98	**			.60	.36	.04	.07	-1.06
			253 FPI E-2 Extrav.	.23	.04	6.97	**			.64	.41	.05	.11	.38
			77 Aufputschtbl.i.l.J.	.17	.26	4.08	*			.66	.43	.03	.17	.03
	85	2) o.ABR	-											
	102	3)	307 Pos.Kurerf.,günst.Prog.Arzt	.82	.00	78.97	**	.43	1.07	.57	.32	.32	.57	2.38
			219 BdK 1 Glob.subj.Kurerf.	-.29	.02	10.47	**			.60	.36	.04	.07	-1.27
			257 FPI E-3 Extrav.	.20	.02	7.11	**			.62	.39	.03	.11	.69
			243 HG 1-3 Mißtr.geg.Ärzte u. Therap.	.20	.07	7.00	**			.64	.41	.03	.08	.07
			3 Geschl.	-.23	.27	7.06	**			.66	.44	.03	-.03	.85
			273 FBL 1-3 Allg.	.20	.01	4.30	*			.68	.46	.03	-.12	1.47
	103	3) o.ABR	77 Aufputschtbl.i.l.J.	.18	.30	3.71	*	.05	1.39	.17	.03	.03	.17	.11
			196 Belast.-Rating	-.18	.15	3.63	*			.25	.06	.03	-.17	-.24

Fortsetzung Tab. 57b:

Kriteriums-variable	N		Gesamte verwendete Prädiktorvariabl. Signif. einzelne Prädiktorvariabl. bei 1), 2), 3)	Beta	s_e	EinzPräd F	p	MultPräd R^2adj	s_e	R	R^2	R^2 change	r	Beta
94 Hautb. Häufigk.	103	1)	37 Dauer d.Krankm.1.2 J.	.22	.04	5.31	*	.04	2.66	.22	.05	.05	.22	.16
	85	2)	301 BFB 3-2 Unzufr.Arb. Koll.,Bez.	.25	.09	5.71	*	.05	2.65	.25	.06	.06	.25	.14
	104	3)	37 Dauer d.Krankm.1.2 J.	.22	.04	5.42	*	.04	2.66	.22	.05	.05	.22	1.11
96 Entsp. Häufigk.	105	1)	1 Alt.	.22	.05	5.35	*	.04	3.25	.22	.05	.05	.17	.29
	88	2)	1 Alt.	.22	.06	4.49	*	.04	3.26	.22	.05	.05	.13	-.95
	105	3)	1 Alt.	.22	.05	5.45	*	.04	2.66	.22	.05	.05	.22	.70
98 Ernähr. beib.	103	1)	63 Bierkons./Wo.	-.20	.02	4.24	*	.04	.83	.20	.04	.04	-.20	-.33
	88	2)	240 HG 2-2 Risikovermeid.	-.22	.11	4.82	*	.06	.82	.21	.04	.04	-.21	-.76
			54 St.Erhol./T.	-.21	.06	4.12	*			.29	.09	.04	-.19	-.94
	103	3)	245 HG 3-3 Beacht.v.Krankh.anz.	-.30	.07	10.84	**	.13	.79	.28	.08	.08	-.28	-.10
			54 St. Erhol/T.	.20	.06	5.23	**			.35	.12	.04	-.19	-.26
			243 HG 1-3 Mißtr.geg.Ärzte u. Therap.	.20	.05	4.90	*			.40	.16	.04	.18	.25
122 Häufigk. d.Krankm. 1. 6 Mon.	104	1)	36 Häufigk.d.Krankm.1.2 J.	.27	.02	9.99	**	.19	.48	.29	.09	.09	.30	.27
			82 Erstkurg./Kurwiederh.	.29	.05	9.60	**			.38	.15	.06	.23	.28
			236 HG 2-1 Risikovermeid.	.20	.05	4.97	**			.43	.19	.04	.17	.29
			(311) Relativgew.	.19	.00	4.63	**			.47	.22	.03	.25	.18
	89	2)	267 BPI 3-2 Nerv.	.26	.01	8.35	**	.23	.47	.31	.10	.10	.31	.08
			36 Häufigk.d.Krankm. 1 .2.J.	.27	.03	7.18	**			.41	.17	.07	.30	.21
			82 Erstkurg./Kurwiederh.	.23	.05	6.32	**			.46	.22	.04	.23	.25
			240 HG 2-2 Risikovermeid.	.21	.06	5.13	**			.51	.26	.04	.22	.22
	103	3)	36 Häufigk.d.Krankm.1.2J.	.30	.03	10.89	**	.13	.50	.30	.09	.09	.30	3.15
			82 Erstkurg./Kurwiederh.	.23	.05	6.36	*			.36	.13	.04	.23	.89
123 Dauer d.Krankm. 1. 6Mon.	104	1)	297 BFB 3-1 Unzufr.Arb.,Koll.,Bez.	.19	.06	3.93	*	.03	3.04	.19	.04	.04	.23	.23
	89	2)	37 Dauer d. Krankm. 1 . 2J.	.18	.04	3.85	*	.03	3.04	.18	.03	.03	.18	.16
	103	3)	233 KKB 3-3 Körperleid.u.Org.-Med	.27	.09	8.80	**	.14	.85	.30	.09	.09	.30	-3.94
				.21	.17	5.40	**			.36	.13	.04	.23	.89
				.19	.04	4.39	*			.41	.17	.04	.18	.14
124 Häufigk. d.Krankenh.-aufenth. 1. 6 Mon.	104	1)	347 Zus.psych.Beh.	.30	.00	10.71	**	.14	.26	.32	.10	.10	.32	.21
			226 KKB 4-1 Bel.unbefr.Arb.-Sit., H.z.Zufr.	.20	.00	4.84	*			.37	.14	.04	.22	.20
			238 HG 4-1 Mißtr.geg.eig.Körp.	-.18	.02	4.14	*			.41	.17	.03	-.17	-.40
	89	2)	347 Zus. psych. Beh.	.31	.00	9.62	**	.09	.27	.32	.10	.10	.31	.13
	103	3)	347 Zus. psych. Beh.	.27	.00	8.28	**	.12	.27	.32	.10	.10	.31	.20
			305 BFB 3-3 Unzufr.Arb.,Koll.,Bez.	.21	.00	5.02	**			.38	.14	.04	.27	.28
127 Beurt. Ges.-Zust.	104	1)	66 Rauch.	-.26	.07	8.90	**	.20	.63	.29	.08	.08	-.29	-.30
			54 St.Erhol./T.	.26	.04	8.56	**			.39	.15	.07	.26	.29
			297 BFB 3-1 Unzufr.Arb.,Koll., Bez.	-.20	.02	5.05	*			.45	.20	.05	-.26	-.27
	91	2)	219 BdK 1 Glob.subj.Kurerf.	.48	.01	28.53	**	.25	.60	.38	.15	.15	.38	1.20
			66 Rauch.	-.27	.07	8.73	**			.46	.21	.06	-.28	-.25
			307 Pos.Kurerf.günst.Prog.Arzt	-.28	.00	7.88	**			.52	.28	.06	-.05	-1.46
	90	2) o.ABR	219 BdK 1 Glob.subj.Kurerf.	.40	.03	28.90	**	.19	.63	.38	.15	.15	.38	1.21
			66 Rauch.	-.28	.02	10.10	**			.46	.21	.06	-.29	-.24
			54 St.Erhol./T.	.20	.06	6.60	**			.49	.23	.03	.26	.90
	103	3)	219 BdK 1 Glob.subj.Kurerf.	.47	.01	28.01	**	.35	.56	.38	.15	.15	.38	1.94
			66 Rauch.	-.28	.06	12.48	**			.46	.21	.06	-.29	-.67
			307 Pos.Kurerf.,günst.Prog.Arzt	-.27	.00	9.55	**			.53	.28	.06	-.04	2.33
			81 Z.bish.Operat.	-.19	.04	5.97	**			.57	.32	.05	-.17	-.71
			54 St.Erhol./T.	.19	.04	5.68	*			.60	.36	.03	.26	-.28
			82 Erstkurg./Kurwiederh.	-.16	.06	4.48	*			.62	.39	.03	-.16	.36
128 St. Erhol./ T.	105	1)	74 Schlaftbl. i.1.J.	-.25	.09	6.70	**	.05	1.19	.25	.06	.06	-.25	-.17
	89	2)	74 Schlaftbl. i.1.J.	-.26	.10	5.72	*	.05	1.19	.25	.06	.06	-.25	-.03
	103	3)	258 FPI N-3 Em.Lab.	-.22	.03	4.63	*	.08	1.17	.32	.07	.07	-.26	-.17
			74 Schlaftbl. i.1.J.	-.19	.09	3.90	*			.25	.10	.03	-.25	-.14
130 St. körp.Bet./ Wo.	104	1)	218 Erw.natürl.Heilm.,Erf.-Zuv.	.25	.03	9.38	**	.14	1.18	.24	.06	.06	.24	.37
			196 Belast.-Rating	.34	.15	8.54	**			.31	.10	.04	.15	.42
			223 KKB 1-1 Seel. psychosoz. Probl.,Ps.-Th.	-.29	.03	7.57	**			.40	.16	.06	-.17	-.50
	89	2)	268 BPI 4-2 Depr.	-.27	.03	6.10	**	.07	1.23	.19	.03	.03	-.19	-.73
			196 Belast.-Rating	.24	.15	4.94	*			.29	.09	.05	.15	.47
	103	3)	218 EzK 3 Erw.natürl.Heilm., Erf.-Zuv.	.28	.03	9.72	**	.13	1.19	.24	.06	.06	.24	.39
			196 Belast.-Rating	.32	.15	8.61	**			.31	.10	.04	.15	.39
			231 KKB 3-1 Seel.psychosoz. Probl.,Ps.-Th.	-.26	.02	6.68	**			.39	.10	.04	.15	-.13

Fortsetzung Tab. 57b:

Kriteriums-variable	N		Gesamte verwendete Prädiktorvariabl. Signif. einzelne Prädiktorvariabl. bei 1), 2), 3)	Beta	s_e	EinzPräd F	p	MultPräd R^2adj	s_e	R	R^2	R^2 change	r	Beta
131 Kaffee- bzw. Tee- kons./T.	104	1)	62 Kaffee-bzw. Teekons/T.	.48	.06	31.40	**	.48 .23		.48	.23	.23	.48	.47
	89	2)	62 Kaffee-bzw. Teekons./T.	.48	.06	26.82	**	.48 .23		.48	.23	.23	.48	.21
	102	3)	62 Kaffee-bzw. Teekons./T.	.48	.06	31.09	**	.48 .23		.48	.23	.23	.48	.45
132 Bier- kons./Wo.	104	1)	63 Bierkons./Wo.	.69	.05	113.21	**	.56 1.69		.70	.49	.49	.70	.72
			66 Kons.hochproz.Getr./Wo.	.26	.08	15.87	**			.75	.55	.05	.28	.21
			64 Weinkons./Wo.	-.17	.11	6.30	*			.75	.57	.03	-.09	.41
	89	2)	63 Bierkons./Wo.	.69	.05	96.40	**	.56 1.70		.70	.49	.49	.70	.72
			66 Kons.hochproz.Getr./Wo.	.26	.09	13.51	**			.74	.54	.05	.28	.32
			64 Weinkons./Wo.	-.17	.12	5.37	*			.76	.57	.03	-.09	1.30
	103	3)	63 Bierkons./Wo.	.69	.05	112.09	**	.56 1.70		.70	.49	.49	.70	.59
			66 Kons.hochpr.Getr.	.26	.08	15.72	**			.74	.55	.05	.28	.04
			64 Weinkons./Wo.	-.17	.12	6.24				.76	.57	.03	-.08	2.11
133 Kons. hoch- proz. Getr./Wo.	104	1)	65 Kons.hochproz.Getr./Wo.	.32	.04	11.97	**	.15 .82		.31	.10	.10	.31	.31
			1 Alt.	.20	.01	4.79	**			.38	.14	.04	.18	.20
			63 Bierkons./Wo.	.18	.03	3.94	*			.42	.17	.03	.21	.29
	89	2)	65 Kons.hochproz.Getr./Wo.	.33	.04	10.84	**	.12 .83		.31	.10	.10	.31	.32
			1 Alt.	.21	.01	4.27	*			.38	.14	.04	.18	.15
	101	3)	65 Kons.hochproz.Getr./Wo.	.31	.04	12.97	**	.15 .81		.31	.10	.10	.32	.72
			1 Alt.	.20	.01	4.78	**			.38	.14	.04	.18	.34
			63 Bierkons./Wo.	.18	.02	3.94	*			.42	.17	.03	.21	.53
134 Weinkons./ Wo.	104	1)	236 HG 2-1 Risikovermeid.	-.20	.10	4.56	*	.06 .90		.21	.04	.04	.20	.42
			65 Weinkons./Wo.	.20	.01	4.42	*			.27	.08	.04	.19	.35
	89	2)	-											
	103	3)	245 HG 3-3 Beacht.v.Krankh.anz.	-.20	.08	4.50	*	.03 .91		.20	.04	.04	-.20	.58
135 Rauch. aufgen.	76	1)	66 Rauch.	.27	.02	6.58	**	.15 .18		.27	.07	.07	.26	.30
			1 Alt.	.26	.00	6.43	**			.36	.13	.06	.23	.31
			37 Dauer d. Krankm.1.2 J.	-.26	.00	4.65	*			.43	.18	.05	-.21	-.34
	77	2)	240 HG 2-2 Risikovermeid.	-.28	.03	6.06	*	.15 .18		.30	.09	.09	-.30	-.79
			66 Rauch.	.25	.03	4.81	*			.38	.14	.05	.27	.48
			307 Pos. Kurerf.,günst.Prog.Arzt	.23	.00	3.99	**			.44	.19	.05	.18	3.07
	77	3)	66 Rauch.	.27	.02	5.67	*	.15 .18		.26	.07	.07	.26	.34
			1 Alt.	.27	.00	6.52	*			.36	.13	.06	.23	.29
			37 Dauer d. Krankm. 1 . 2 J.	-.23	.00	4.72	*			.43	.18	.05	-.22	-.65
137 Rauch. beend.	27	1)	16 Ber.-Tät	-.38	.02	5.04	*	.20 .20		.37	.14	.14	-.37	-.53
			63 Bierkons./Wo.	-.35	.01	4.18	*			.51	.26	.12	.34	.56
	22	2)	300 BFB 2-2 Überford. Arb.	.61	.00	69.28	**	.87 .08		.51	.26	.26	.51	.67
			251 FPI 2-2 Aggr.	-.46	.01	33.32	**			.72	.52	.27	-.44	-.46
			78 Abführtbl.i.1.J.	-.35	.01	23.83	**			.80	.64	.12	-.27	-.28
			252 FPI 9-2 Offen.	-.35	.01	20.24	**			.86	.73	.09	-.41	-.34
			16 Ber.-Tät.	-.33	.01	20.39	**			.91	.83	.09	-.37	-.34
			1 Alt.	-.31	.00	17.19	**			.96	.92	.09	-.13	-.33
	29	3)	16 Ber.-Tät.	-.47	.02	13.09	**	.48 .19		.37	.14	.14	-.37	.14
			63 Bierkons./Wo.	.45	.01	11.92	*			.51	.26	.12	.56	.12
			(154-63)Life	-.46	.06	11.74	*			.60	.36	.10	-.27	.10
			1 Alt.	-.37	.01	7.23	*			.65	.43	.07	-.13	.07
			256 Offen.	-.37	.01	7.77	*			.71	.51	.07	-.22	.07
143 Schlaf- tbl. 1. 6 Mon.	104	1)	74 Schlaftbl. i.1.J.	.40	.06	19.40	**	.15 .72		.40	.16	.16	.40	.40
	89	2)	74 Schlaftbl. i.1.J.	.16	.06	16.57	**	.15 .72		.40	.16	.16	.40	.94
	104	3)	74 Schlaftbl. i.1.J.	.40	.06	19.21	**	.15 .72		.40	.16	.16	.40	.47
144 Beruh.- tbl. 1.6 Mon.	104	1)	75 Beruh.tbl.i.1.J.	.32	.07	14.29	**	.33 1.23		.46	.21	.21	.46	.33
			54 St.Erhol./T.	-.22	.09	7.49	**			.53	.29	.08	-.30	-.28
			223 KKB 1-1 Seel.psychosoz. Probl., Ps.-Th.	.21	.02	6.77	**			.58	.33	.05	.34	.44
			74 Schlaftbl. i.1.J.	.21	.11	5.85	**			.61	.37	.04	.31	.25
	89	2)	75 Beruh.tbl. i.1.J.	.31	.08	10.90	**	.34 1.23		.46	.21	.21	.46	-.12
			227 KKB 1-2 Seel. psychosoz. Probl.,Ps.-Th.	.23	.02	6.68	**			.54	.29	.08	.41	2.11
			54 St.Erhol/T.	-.21	.10	5.87	**			.59	.35	.06	-.29	.04
			74 Schlaftbl.i.1.J.	.19	.11	4.20	*			.61	.38	.03	.40	-.05
	103	3)	75 Beruh.tbl.i.1.J.	.30	.07	12.63	**	.40 1.18		.46	.21	.21	.46	5.36
			231 KKB 1-3 Seel.psychosoz. Probl.,Ps.-Th.	.27	.02	11.17	**			.58	.33	.12	.44	5.95
			54 St.Erhol./T.	-.20	.09	6.21	**			.61	.38	.04	-.30	-5.03
			74 Schlaftbl.i.1.J.	.20	.10	5.40	**			.63	.40	.03	.40	-2.69
			216 EzK 1 Erw.befr.Ges.-Zust.	.17	.02	4.49	**			.65	.43	.03	.22	6.15

Fortsetzung Tab. 57b:

Kriteriums-variable	N		Gesamte verwendete Prädiktorvariabl. Signif. einzelne Prädiktorvariabl. bei 1), 2), 3)	Beta	s_e	EinzPräd F	p	MultPräd R^2adj	s_e	R	R^2	R^2 change	r	Beta
145 Schmerz-tbl. 1 . 6 Mon.	104	1)	76 Schmerztbl.i.l.J.	.41	.09	21.90	**	.22 1.10		.42	.18	.18	.42	.34
			223 KKB 1-1 Seel.psychosoz. Probl.,Ps-Th.	.20	.02	5.05	**			.46	.21	.03	.18	.44
			62 Kaffee- bzw. Teekons./T.	.18	.06	4.29	*			.49	.24	.03	.18	.09
	89	2)	76 Schmerztbl.i.l.J.	.42	.10	19.38	**	.17 1.24		.42	.18	.03	.18	1.04
	103	3)	76 Schmerztbl.i.l.J.	.42	.09	22.46	**	.17 1.24		.42	.18	.03	.18	.27
147 Abführ-tbl.l. 6 Mon.	104	1)	78 Abführtbl.i.l.J.	.27	.07	12.40	**	.32 .87		.36	.13	.13	.36	.16
			345 Hauptdiag.	.28	.01	10.10	**			.44	.19	.06	.22	.37
			63 Bierkons./Wo.	-.26	.03	9.55	**			.50	.25	.06	-.33	-.21
			82 Erstkurg./Kurwiederh.	.24	.09	8.45	**			.56	.31	.06	.17	.22
			309 Psychosom.Gest. Arzt	.20	.00	6.14	**			.59	.35	.04	.29	.64
	93	2)	78 Abführtbl.i. .J.	.25	.09	6.51	**	.26 .90		.36	.13	.13	.36	-.68
			63 Bierkons./Wo.	-.24	.03	6.21	**			.43	.18	.05	.33	-.73
			82 Erstkurg./Kurwiederh.	.20	.11	5.73	**			.48	.23	.05	.17	-.15
			309 Psychosom. Gest.Arzt	.22	.00	5.35	**			.52	.27	.04	.29	2.23
			36 Häufigk.d.Krankm. .2J.	.18	.06	3.96	*			.55	.30	.03	.21	.53
	103	3)	78 Abführtbl.i.l.J.	.25	.07	13.53	**	.37 .87		.36	.13	.13	.36	.17
			345 Hauptdiag.	2.9	.01	12.80	**			.44	.19	.06	.22	.39
			63 Bierkons./Wo.	-.28	.03	10.98	**			.50	.25	.06	-.33	-.16
			82 Erstkurg./Kurwiederh.	.22	.09	8.38	**			.56	.31	.06	.17	.03
			304 BFB 2-3 Überford. Arb.	.18	.02	6.95	**			.60	.35	.04	.22	-.20
			309 Psychosom.Gest. Arzt	.19	.00	5.84	**			.62	.39	.03	.29	.79
			36 Häufigk.d.Krankm.l.2J.	.18	.05	5.07	**			.65	.42	.03	.21	.43
149 Haus-arzt aufges. 1. 6 Mon.	104	1)	271 FBL 1-1 Allg.	.42	.04	22.57	**	.28 2.92		.38	.13	.13	.35	.38
			16 Ber.-Tät.	.27	.15	10.02	**			.42	.18	.06	.17	.30
			250 FPI N-1 Em. Lab.	-.26	.09	8.96	**			.49	.24	.05	-.12	-.44
			237 HG 3-1 Beacht.v.Krankh.anz.	-.20	.25	5.52	**			.53	.28	.04	-.22	-.15
			78 Abführtbl. i.l.J.	.19	.24	5.12	**			.56	.31	.03	.23	.24
	90	2)	219 BdK 1 Glob.subj.Kurerf.	-.32	.05	10.11	**	.12 3.23		.31	.09	.09	-.31	-1.52
			82 Erstkurg./Kurwiederh.	.20	.39	4.32	*			.37	.14	.04	.19	-.31
	103	3)	233 KKB 3-3 Körperleid.u.Org.Med.	.33	.09	14.81	**	.25 2.99		.38	.14	.14	.38	-1.05
			219 BdK 1 Glob.subj.Kurerf.	-.26	.05	8.80	**			.45	.20	.06	-.31	-2.25
			256 FPI 9-3 Offen.	-.20	.11	5.65	**			.49	.24	.04	-.18	-.19
			16 Ber.-Tät.	.18	.16	4.50	*			.52	.27	.03	.17	.47
150 Fach-arzt aufges. 1. 6 Mon.	102	1)	3 Geschl.	.25	.56	9.27	**	.16 2.29		.27	.07	.07	.27	.19
			16 Ber.-Tät.	.28	.12	6.27	*			.36	.13	.05	.22	.34
			250 FPI N-1 Em.Lab.	-.27	.09	6.01	*			.39	.15	.03	-.06	-.19
			261 BPI 3-1 Nerv.	.25	.06	4.93	*			.44	.19	.03	.19	.17
	90	2)	219 Glob.subj.Kurerf .	-.46	.05	15.82	**	.23 2.17		.30	.09	.09	-.30	-1.95
			16 Ber.-Tät.	.29	.12	13.41	**			.39	.16	.06	.22	.73
			307 Pos. Kurerf.,günst.Prog.Arzt	.42	.00	10.09	**			.46	.21	.06	.06	2.64
			272 FBL 1-2 Allg.	.31	.04	8.08	**			.50	.25	.04	.25	1.42
	103	3)	219 BdK 1 Glob.subj.Kurerf.	-.32	.04	13.87	**	.30 2.08		.30	.09	.09	-.30	-2.70
			255 FPI 2-3 Aggr.	.33	.13	11.62	**			.39	.15	.06	.26	.20
			307 Pos. Kuererf.,günst.Prog.Arzt	.32	.00	10.87	**			.45	.20	.05	.06	2.25
			16 Ber.-Tät.	.25	.11	9.46	**			.51	.26	.05	.22	.63
			273 FBL 1-3 Allg.	.28	.03	8.87	**			.56	.32	.05	.25	2.21
152 Ggw. Körp.-gew.	99	1)	3 Geschl.	-.54	1.56	65.65	**	.58 6.69		.57	.32	.32	-.57	-.50
			(311)Relativgew.	.35	.43	43.37	**			.72	.52	.20	.46	.46
			83 Beurt.Leb.-Führ.ges.	-.19	1.42	8.67	**			.74	.55	.03	-.23	-.21
			235 HG 1-1 Mißtr.geg.Ärzte u. Therap.	-.15	.53	5.01	**			.76	.57	.02	.01	-.10
			16 Ber.-Tät.	-.14	.36	4.89	**			.79	.59	.02	-.15	-.21
			236 HG 2-1 Risikovermeid.	.14	.82	4.67	**			.81	.61	.02	.25	.12
	85	2)	3 Geschl.	-.64	1.68	77.66	**	.58 6.68		.57	.32	.32	-.57	.47
			(312)Relativgew.	.40	.06	32.95	**			.71	.48	.17	.42	.30
			222 BdK 4 Pos.Bew.psych.Kurm.	-.21	.19	9.85	**			.73	.53	.04	-.21	-.06
			302 BFB 4-2 Bel.i.Z.m.Ki.	.22	.47	9.81	**			.75	.56	.04	.06	.55
			241 HG 3-2 Beacht.v.Krankh.-anz.	.21	.68	8.83	**			.78	.60	.03	.07	.11
	103	3)	3 Geschl.	-.70	.82	440.45	**	.87 3.72		-.57	.42	.42	-.57	-.74
			(152)Relativgew.	.75	.01	387.90	**			.93	.87	.48	.62	.92
152 Ggw. Körp.gew. (ohne Relativgew. als Prä-dikt.)	99	1)	3 Geschl.	-.60	1.87	59.98	**	.37 8.22		-.57	.32	.32	-.57	.19
			16 Ber.-Tät.	-.20	.44	6.21	**			.60	.36	.04	-.15	-.33
			225 KKB 2-1 Körperleid.u.Org.Med.	.18	.27	5.12	**			.63	.39	.03	.08	-.64
	86	2)	3 Geschl.	-.59	1.94	50.76	**	.45 7.66		-.57	.32	.32	-.57	.19
			222 BdK 4 Pos.Bew.psych.Kurm.	-.25	.22	9.75	**			.61	.37	.05	-.21	-.07
			302 BFB 4-2 Bel.i.Z.m.Ki.	.23	.55	7.85	**			.64	.42	.05	.06	-1.05
			309 Psychosom.Gest.Arzt	.21	.29	6.30	**			.67	.45	.04	.26	-.19
			16 Ber.-Tät.	-.19	.44	5.55	**			.70	.49	.04	-.15	.29
	77	3)	3 Geschl.	-.56	2.88	21.16	**	.34 8.34		-.57	.32	.32	-.57	-.57
			222 BdK 4 Pos.Bew.psych.Kurm.	-.22	.34	3.19	*			.61	.37	.04	-.21	-.19

ANAMNESE

Zur Ergänzung der ärztlichen Untersuchung werden weitere Informationen von Ihnen benötigt. Wir bitten Sie, diesen Fragebogen auszufüllen. Kreuzen Sie bitte das für Sie zutreffende Kästchen an oder setzen Sie die zutreffende Zahl ein.

Datum: .....

Name:..... Vorname:.....

1. Alter ☐☐ Jahre 2. Geschlecht: männlich ☐ weiblich ☐
3. Wohnort: Dorf ☐ Kleinstadt ☐ Großstadt ☐
4. Familienstand: ledig ☐ verheiratet ☐ verwitwet ☐
   getrennt lebend ☐ geschieden ☐
5. Falls Sie verheiratet sind: ist Ihr Ehepartner berufstätig? ....ja ☐ nein ☐
6. Zahl der Kinder ☐☐
7. Wieviel verdienen Sie monatlich netto ?
   bis 500 DM ☐
   bis 1000 DM ☐
   bis 1500 DM ☐
   bis 2000 DM ☐
   bis 3000 DM ☐
   über 3000 DM ☐
8. Welche der folgenden Schulen haben Sie abgeschlossen:
   Volksschule ☐
   Mittelschule ☐
   Berufsfachschule ☐
   höhere Schule ☐
   Fachhochschule ☐
   Universität ☐
9. Haben Sie eine abgeschlossene Berufsausbildung?.....ja ☐ nein ☐
10. Welchen Beruf haben Sie erlernt?.....
11. Welchen Beruf üben Sie z.Zt. bzw. übten Sie zuletzt aus?.....
12. Wieviele verschiedene Arbeitsplätze hatten Sie bisher insgesamt?..... ☐☐
13. Wenn Sie bisher mehr als einen Arbeitsplatz hatten: warum haben Sie gewechselt?
    - weil Ihnen die Arbeit zu schwer oder anstrengend war..... ja ☐ nein ☐
    - weil Sie die Arbeit nicht befriedigt hat..... ja ☐ nein ☐
    - weil Sie zu wenig verdient haben..... ja ☐ nein ☐
    - weil Sie entlassen wurden..... ja ☐ nein ☐
14. Waren Sie bis unmittelbar vor der Kur berufstätig?..... ja ☐ nein ☐
15. Wenn nein: Waren Sie krank geschrieben ?..... ja ☐ nein ☐
    - Anzahl der Wochen ☐☐
    - Waren Sie arbeitslos?..... ja ☐ nein ☐
    - Anzahl der Wochen ☐☐

A1 Fortsetzung

16. Wie haben Sie überwiegend gearbeitet? :

- überw. geistig ☐
- überw. sitzend ☐
- stundenweise ☐

überw. körperlich ☐
überw. stehend ☐
halbtags ☐

geistig u. körperlich ☐
überw. laufend ☐
8 Stunden/Tag ☐ mehr als 8 Stunden ☐

- Schichtarbeit: ja ☐ nein ☐

wenn ja: Frühschicht ☐ Spätschicht ☐
Nachtschicht ☐ Wechselschicht ☐

17. Waren Sie besonderen körperlichen oder äußeren Belastungen an Ihrem Arbeitsplatz ausgesetzt? (z.B. unnatürliche Körperhaltung, Hitze, Kälte, Lärm, Gase, Dämpfe usw.).....ja ☐ nein ☐

18. Übten Sie Nebentätigkeiten aus ? ..... ja ☐ nein ☐

19. Wieviele Ihrer Urlaubstage nutzten Sie zur Erholung? ☐☐ Tage

20. Haben Sie vor, aufgrund Ihrer jetzigen Erkrankung eine Rente zu beantragen..... ja ☐ nein ☐

21. Wie oft waren Sie in den letzten zwei Jahren krank gemeldet? ☐☐ mal

22. Wie lange waren Sie insgesamt in den letzten zwei Jahren krank? ☐☐ Wochen

23. Welche Schule hat Ihr Vater abgeschlossen ?

Volksschule ☐
Mittelschule ☐
Berufsfachschule ☐
höhere Schule ☐
Fachhochschule ☐
Universität ☐

24. Hat Ihr Vater eine abgeschlossene Berufsausbildung?..... ja ☐ nein ☐

25. Beruf des Vaters.....

26. Wieviele Geschwister haben Sie ? ☐☐

27. Wie sind Sie aufgewachsen?

- in eigener Familie .....ja ☐ nein ☐
- ohne Vater.....ja ☐ nein ☐
- ohne Mutter.....ja ☐ nein ☐
- unehelich.....ja ☐ nein ☐
- ohne Eltern.....ja ☐ nein ☐
- bei Verwandten.....ja ☐ nein ☐
- im Heim.....ja ☐ nein ☐

28. Wo sind Sie aufgewachsen?:

- Dorf ☐
- Kleinstadt ☐
- Großstadt ☐

29. Wieviel Stunden pro Tag widmen Sie in letzter Zeit durchschnittlich der Entspannung, Erholung und Unterhaltung? ☐☐ Stunden/Tag

30. Wie verbringen Sie Ihre Freizeit überwiegend?:

- durch körperliche Betätigung (Sport, Spazieren, Gartenarbeit usw.) ☐
- durch sonstige Betätigung (Fernsehen, Lesen, Musik, Vereine) ☐

A1 Fortsetzung

31. Fühlen Sie sich im allgemeinen nach freien Wochenenden erholt? ja ☐ nein ☐

32. Haben Sie sich im allgemeinen nach Ihrem Urlaub frisch und erholt gefühlt?..... ja ☐ nein ☐

33. Wieviel Stunden Schlaf haben Sie gewöhnlich pro Nacht?.... ☐☐ Stunden

34. Fühlen Sie sich im allgemeinen morgens ausgeschlafen?..... ja ☐ nein ☐

35. Haben Sie öfters Schlafstörungen?..... ja ☐ nein ☐

36. Haben Sie regelmäßig eine warme Mahlzeit pro Tag?..... ja ☐ nein ☐

37. Wieviel trinken Sie gewöhnlich? :

- Kaffee und Tee zusammen täglich:

0	1	2	3	4	5	6	7	8 und mehr Tassen/Tag

- Liter Bier wöchentlich:

0	1	2	3	4	5	6	7	8 und mehr Liter/Woche

- Liter Wein wöchentlich:

0	0,5	1	1,5	2	2,5	3	3,5	4 und mehr Liter/Woche

- Schnapsgläser hochprozentiger Getränke wöchentlich:

0	2	4	6	8	1o	12	14	16 und mehr Schnapsgläser/Woche

38. Rauchen Sie ? ja ☐ nicht mehr ☐ noch nie ☐

- Falls Sie ja angekreuzt haben:
- Seit wieviel Jahren rauchen Sie ? seit ☐☐ Jahren

- Falls Sie nicht mehr angekreuzt haben:
- Seit wann rauchen Sie nicht mehr ? seit ☐☐ Jahren
- Wieviel Jahre haben Sie geraucht ? ☐☐ Jahre

Für Raucher und ehemalige Raucher:

- Wieviel rauchen Sie bzw. haben Sie durchschnittlich pro Tag geraucht?

Zigaretten ☐☐ Stück pro Tag
Zigarillos ☐☐ Stück pro Tag
Zigarren ☐☐ Stück pro Tag
Pfeifen ☐☐ Stück pro Tag

39. Haben Sie im letzten Jahr irgendwelche der folgenden Medikamente eingenommen und wie häufig haben Sie diese eingenommen? :

	nie	etwa 2 mal pro Jahr	etwa 2 mal im Monat	etwa 2 mal pro Woche	fast täglich
Schlaftabletten					
Beruhigungstabletten					
Schmerztabletten					
Aufputschmittel					
Abführmittel					
sonstige Medikamente					

40. Wieviel Krankenhausaufenthalte haben Sie in Ihrem Leben bisher gehabt? ☐☐

41. Wieviel Operationen haben Sie bisher gehabt? ☐☐

42. Wie oft waren Sie bisher in einer Kur ? ☐☐

43. Würden Sie Ihre Lebensführung im letzten halben Jahr als gesund bezeichnen ? ja ☐ nein ☐

A2a

KURKLINIK BUCHING
der Landesversicherungsanstalt Schwaben

Gesch. Z. .....

Kurklinik Buching - 8959 Buching

Poststempel
Datum .....
Bahnstation: Füssen
Fernruf: (08368) * 811, 812

Konto: Raiffeisenbank Buching 0320005
BLZ: 733 698 62

Sehr geehrte Frau
Sehr geehrter Herr

Inzwischen sind 6 Monate vergangen, seit Sie an einem Heilverfahren (Kur) in der LVA-Kurklinik Buching teilgenommen haben. Wie wir Ihnen bereits damals mitteilten, sind wir sehr an den längerfristigen Auswirkungen der Kur, ob positiver oder negativer Art, interessiert. Deshalb möchten wir Sie bitten, den beigefügten Fragebogen zu beantworten und möglichst in den nächsten Tagen in dem frankierten Umschlag an uns zurückzusenden.

Beantworten Sie bitte alle Fragen, denn nur vollständig ausgefüllte Bogen sind für uns verwertbar.

Selbstverständlich werden Ihre Angaben streng vertraulich behandelt. Der Fragebogen ist nur mit Ihrer Registriernummer in der Kurklinik versehen. Sie brauchen weder den Umschlag noch den Fragebogen mit Ihrem Namen zu versehen.
Die Angaben, die Sie in diesem Fragebogen machen, werden nur für Forschungszwecke verwendet und kommen in keinerlei Akten. Der frankierte Umschlag mit Ihrem ausgefüllten Fragebogen geht daher auch an unsere neutrale Freiburger Forschungsstelle. Nach einer anonymen statistischen Auswertung werden die Fragebogen vernichtet.

Sie werden vermutlich darauf warten, dass Ihnen die Ergebnisse der Abschlussbefragung, die am Ende Ihres Heilverfahrens durchgeführt wurde, mitgeteilt werden. Leider ist die anonyme statistische Auswertung noch nicht weit genug fortgeschritten, so dass Ihnen jene Ergebnisse mit dieser Post noch nicht übersandt werden können. Sie werden aber die Ergebnisse gleich erhalten, wenn die Datenverarbeitung soweit ist.

Vielen Dank für Ihre freundliche Mitarbeit
und alles Gute für Ihre weitere Zukunft!

Albert Fersching Regina Fersching

(Albert Fersching, Dipl.-Psych.) (Regina Fersching, Soz.-Päd.)

Nachbefragung zu Ihrer Heilmassnahme in der Kurklinik Buching im Jahre 1977

Bitte lesen Sie den Fragebogen aufmerksam durch und beantworten Sie bitte jede Frage. Nur ein vollständig ausgefüllter Fragebogen ist für uns verwertbar.

Bei den meisten Fragen sind bestimmte Antwortmöglichkeiten vorgegeben. Bitte kreuzen Sie jeweils das Kästchen an, das für Sie am ehesten zutrifft.

Sie werden etliche Fragen finden, die Sie schon in Buching beantwortet haben. Bitte beantworten Sie diese aber trotzdem, da wir untersuchen wollen, was seit der damaligen Zeit gleich geblieben ist und was sich verändert hat.

1. Glauben Sie, dass die Kur in Buching für Sie von Nutzen war?

gar nicht	etwas	ziemlich	sehr

2. Wie lange hat der Nutzen der Kur angehalten?

gar nicht	bis 4 Wochen	3 Monate	bis heute

3. Für wie erfolgreich halten Sie eine Kur im allgemeinen?

gar nicht	etwas	ziemlich	sehr

4. Sollte nach Ihrer Meinung ein Psychologe/eine Psychologin an der Kurklinik arbeiten, um den Patienten für Aussprache und Beratung zur Verfügung zu stehen?

ja ☐ nein ☐

5. Welche der in Buching empfohlenen Massnahmen haben Sie beibehalten?

	Wie oft pro Woche?	Wieviel Minuten durchschnittl?
a) Morgengymnastik	☐ mal	☐ Minuten
b) Wandern	☐ mal	☐ Minuten
c) Schwimmen	☐ mal	☐ Minuten
d) Hautbürsten	☐ mal	☐ Minuten
e) Entspannungsübungen	☐ mal	☐ Minuten

6. Haben Sie die in Buching empfohlene Ernährungsweise (Essen, Trinken) beibehalten?

gar nicht	etwas	ziemlich	überwiegend

Die folgenden drei Fragenbereiche nur beantworten, wenn Sie in Buching während mehrerer Sitzungen eine psychologische Aussprache/Beratung erhielten:

1. Glauben Sie, dass die psychologische Aussprache/Beratung für Sie hilfreich war?

2. Inwieweit treffen die folgenden Aussagen aufgrund der psychologischen Aussprache/Beratung auf Sie zu?

	gar nicht	etwas	ziemlich	sehr
a) Ich fühle mich weniger gehetzt				
b) Ich weiss jetzt eher, was ich tun will und kann				
c) Im Umgang mit anderen Menschen bin ich ruhiger geworden				
d) Irgendwie sehe ich wieder Sinn in meinem Leben				
e) Ich habe mehr Selbstvertrauen				

3. Alles in allem gesehen hat der Nutzen durch die psychologischen Gespräche angehalten

gar nicht	bis 4 Wochen	3 Monate	bis heute

A2b Fortsetzung

Beruf, Familie

1. Sind Sie zur Zeit arbeitslos? ja ☐ nein ☐

2. Haben Sie nach Ihrer Kur an der gleichen Arbeitsstelle weitergearbeitet? ja ☐ nein ☐

3. Haben Sie nach der Kur innerhalb Ihrer Arbeitsstelle einen anderen Arbeitsplatz angenommen? ja ☐ nein ☐

4. Nur beantworten, wenn Sie die Arbeitsstelle oder den Arbeitsplatz gewechselt haben:
Sie haben die Arbeitsstelle oder den Arbeitsplatz gewechselt, weil
a) Ihnen die Arbeit zu schwer oder anstrengend war ..... ja ☐ nein ☐
b) Sie die Arbeit nicht befriedigt hat ..... ja ☐ nein ☐
c) Sie nicht genug verdient haben ..... ja ☐ nein ☐
d) Sonstiges ..... ja ☐ nein ☐

5. Nur beantworten, wenn Sie nach der Kur arbeitslos waren oder sind:
Wieviele Wochen waren Sie arbeitslos oder sind Sie arbeitslos? ☐ Wochen

6. Nur beantworten, falls Sie sich nach der Kur an einer anderen Arbeitsstelle oder einem anderen Arbeitsplatz befinden:

Arbeiten Sie überwiegend
a) geistig ..... ☐
b) körperlich ..... ☐
c) geistig und körperlich ..... ☐

Ist Ihre Tätigkeit vorwiegend
a) sitzend ..... ☐
b) stehend ..... ☐
c) laufend ..... ☐

Arbeiten Sie
a) stundenweise ..... ☐
b) halbtags ..... ☐
c) 8 Stunden / Tag ..... ☐
d) Mehr als 8 Stunden / Tag ... ☐

Arbeiten Sie Schicht? ja ☐ nein ☐

Wenn ja, arbeiten Sie
a) nur Frühschicht ..... ☐
b) nur Spätschicht ..... ☐
c) nur Nachtschicht ..... ☐
d) Früh- und Spätschicht ..... ☐
e) Früh-, Spät- und Nachtschicht ☐

Sind Sie besonderen körperlichen oder äusseren Belastungen an Ihrem Arbeitsplatz ausgesetzt (z.B. unnatürliche Körperhaltung, Hitze, Kälte, Lärm, Gase, Dämpfe usw.)? ja ☐ nein ☐

Wieviel verdienen Sie jetzt monatlich netto?
bis 500 DM ☐
bis 1.000 DM ☐
bis 1.500 DM ☐
bis 2.000 DM ☐
bis 3.000 DM ☐
über 3.000 DM ☐

7. Üben Sie Nebentätigkeiten aus? ..... ja ☐ nein ☐

Lebensgewohnheiten

1. Wieviele Stunden pro Tag haben Sie in den letzten 6 Monaten der Entspannung, Erholung und Unterhaltung gewidmet? [ ] Stunden pro Tag

2. Wie verbrachten Sie in den letzten 6 Monaten Ihre Freizeit überwiegend?
   - durch körperliche Betätigung (Sport, Spazieren, Gartenarbeit usw.) [ ]
   - durch sonstige Betätigung (Fernsehen, Lesen, Vereine) [ ]

3. Wieviele Stunden körperlicher Betätigung während der Freizeit (Spazierengehen, Gartenarbeit, Turnen, Schwimmen usw.) hatten Sie in den letzten 6 Monaten durchschnittlich?
   - 2 bis Stunden pro Woche [ ]
   - 2 - 4 Stunden pro Woche [ ]
   - 5 - 7 Stunden pro Woche [ ]
   - 8 - 1e Stunden pro Woche [ ]
   - mehr als 10 Stunden pro Woche [ ]

4. Wieviel haben Sie von den folgenden Genussmitteln in den letzten 6 Monaten durchschnittlich zu sich genommen?

- Kaffee und Tee zusammen täglich	0	1	2	3	4	5	6	7	8	und mehr Tassen/Tag
- Liter Bier wöchentlich	0	1	2	3	4	5	6	7	8	und mehr Liter/Woche
- Schnapsgläser hochprozentiger Getränke wöchentlich	0	2	4	6	8	10	12	14	16	und mehr Schnapsgläser/Woche
- Liter Wein wöchentlich	0	0,5	1	1,5	2	2,5	3	3,5	4	und mehr Liter/Woche

5. Falls Sie während der Kur nicht geraucht haben, haben Sie inzwischen das Rauchen (wieder) aufgenommen? ja [ ] nein [ ]

   Wenn ja, wann haben Sie wieder zu rauchen begonnen? Monat [ ]

6. Falls Sie während der Kur geraucht haben, haben Sie inzwischen das Rauchen aufgegeben? ja [ ] nein [ ]

   Wenn ja, wann haben Sie das Rauchen aufgegeben Monat [ ]

7. Wenn Sie noch rauchen, wieviel rauchen Sie durchschnittlich pro Tag?
   - Zigaretten [ ] Stück pro Tag
   - Zigarillos [ ] Stück pro Tag
   - Zigarren [ ] Stück pro Tag
   - Pfeifen [ ] Stück pro Tag

8. Haben Sie im letzten halben Jahr irgendwelche der folgenden Medikamente eingenommen und wie häufig haben Sie diese eingenommen?

	nie	etwa 2 mal im halben Jahr	etwa 2 mal im Monat	etwa 2 mal pro Woche	fast täglich
Schlaftabletten					
Beruhigungstabl.					
Schmerztabletten					
Aufputschmittel					
Abführmittel					
Sonstige Medikam.					

9. Wie oft haben Sie in den letzten 6 Monaten einen
   - Hausarzt aufgesucht? [ ] mal weswegen? .....
   - Facharzt aufgesucht? [ ] mal weswegen? .....
   - Psychologen/Psychiater/Sozialarbeiter o.ä. aufgesucht? [ ] mal weswegen? .....

10. Wieviel wiegen Sie heute? [ ][ ][ ] kg

11. Würden Sie Ihre Lebensführung in den letzten 6 Monaten als gesund bezeichnen? ja [ ] nein [ ]

A2b Fortsetzung

Krankheiten, Krankenhausaufenthalte

1. Wie oft haben Sie sich in den letzten 6 Monaten krank gemeldet? ☐ mal
2. Wieviele Wochen waren Sie in den letzten 6 Monaten krank gemeldet? ☐ Wochen
3. Wieviele Krankenhausaufenthalte hatten Sie in den letzten 6 Monaten?
   Wegen.....
4. Haben Sie seit der Kur einen Rentenantrag gestellt? ja ☐ nein ☐
5. Wurde der Antrag genehmigt? ja ☐ nein ☐ noch nicht entschieden ☐
6. Wie beurteilen Sie zur Zeit Ihren Gesundheitszustand?

sehr gesund	ziemlich gesund	etwas gesund	gar nicht gesund

Besondere Ereignisse und Veränderungen

Gab es während der letzten 6 Monate in Ihrem Leben besondere Ereignisse oder Veränderungen? Welches Ereignis war am wichtigsten?

.....

.....

.....

(Bitte angeben)

Das oben angegebene Ereignis war für Sie

Kreuzen Sie hier bitte ähnlich wie bei einer Thermometerskala die Zahl an, die am ehesten auf Sie zutrifft

a) erfreulich, angenehm	1	2	3	4	5	ärgerlich, unangenehm
b) nicht belastend	1	2	3	4	5	sehr belastend

Zukunftspläne und Erwartungen

Sind Sie zuversichtlich, wenn Sie an Ihre Zukunft denken in bezug auf

	gar nicht	etwas	ziemlich	sehr
a) Ihre Gesundheit				
b) Ihre berufliche Tätigkeit				
c) Ihre Familie				
d) Ihre sonstigen Beziehungen zu anderen Menschen				

A2c

KURKLINIK BUCHING
der Landesversicherungsanstalt Schwaben

Datum .....
Bahnstation: Füssen
Fernruf: (08368) * 811, 812

Gesch. Z. .....

Kurklinik Buching - 8959 Buching

Konto: Raiffeisenbank Buching 0320005
BLZ: 733 698 62

Sehr geehrter Herr

Sehr geehrte Frau

Vor einigen Wochen übersandten wir Ihnen einen Fragebogen. Mit diesem möchten wir die Wirkungen Ihrer Kur, zu der Sie im Frühjahr 1977 in Buching waren, erfassen.

Die meisten der angeschriebenen Patienten haben den Fragebogen inzwischen angekreuzt und an unsere Freiburger Forschungsstelle zurückgesandt. Ihr Fragebogen ist bis jetzt noch nicht dort eingegangen. Wir nehmen an, daß Sie bisher einfach noch nicht dazu gekommen sind, den Bogen anzukreuzen und abzuschicken.

Nun sind wir sehr darauf angewiesen, daß wir die Unterlagen von allen angesprochenen Patienten in die Datenverarbeitung einbeziehen können. So wären wir Ihnen sehr dankbar, wenn Sie den Fragebogen möglichst umgehend ankreuzen und an unsere Freiburger Forschungsstelle senden würden.

Wir verbleiben mit herzlichen Grüßen

(A.Fersching, Diplom-Psychologe)

A 3 (Abschrift)

INTERVIEW

- zunächst nach Beschwerden fragen

1. Modus der Kurzuweisung: Wie lief das so ab, als Sie sich um die Kur bemühten? Welche Schritte haben Sie unternommen?

   .....

   .....

   - Wann haben Sie sich entschlossen, etwas zu unternehmen, um in eine Kur zu kommen? Vor ..... Jahren, ... Monaten
   - War es für Sie mühevoll oder anstrengend, Ihren Kurantrag durchzubringen?

     gar nicht anstrengend 1 2 3 4 5 sehr anstrengend
   - War es Ihre eigene Idee, eine Kur zu beantragen?

     Eigeninitiative Durchsetzung 1 2 3 4 5 Fremdinitiative Fremdsteuereung

2. Machen Sie sich wegen Ihrer Kur Sorgen um Ihren Arbeitsplatz?

   keine Sorgen 1 2 3 4 5 große Sorgen

3. Machen Sie sich wegen Ihrer Kur Sorgen um Ihre Familie?

   keine Sorgen 1 2 3 4 5 große Sorgen

4. Versuchen Sie mal, sich an die letzten 2 Jahre zu erinnern. Gab es da irgendwelche besonderen Ereignisse oder Veränderungen?

   - in der Familie.....

     Freude, angenehm 1 2 3 4 5 Ärger, unangenehm

     keine Belastung 1 2 3 4 5 große Belastung
   - im Beruf.....

     Freude, angenehm 1 2 3 4 5 Ärger, unangenehm

     keine Belastung 1 2 3 4 5 große Belastung
   - in der Gesundheit.....

     Freude, angenehm 1 2 3 4 5 Ärger, unangenehm

     keine Belastung 1 2 3 4 5 große Belastung
   - im wirtschaftlichen, finanziellen Bereich.....

     Freude, angenehm 1 2 3 4 5 Ärger, unangenehm

     keine Belastung 1 2 3 4 5 große Belastung
   - Sonstiges.....

     Freude, angenehm 1 2 3 4 5 Ärger, unangenehm

     keine Belastung 1 2 3 4 5 große Belastung

5. Sozio-psycho-somatische Zusammenhänge im subjektiven Erleben des Ptn. Sie haben eingangs bereits Ihre Beschwerden genannt. In welchen Situationen spüren Sie Ihre Beschwerden besonders stark?

   .....

   nimmt Zusammenhänge wahr 1 2 3 4 5 nimmt keine Zusammenhänge wahr

6. Versuchen Sie bitte, sich so weit wie möglich in Ihre Kindheit zurückzuerinnern. Welche Erlebnisse fallen Ihnen dabei ein? (möglichst 3)

.....

.....

.....

7. Wie schätzen Sie Ihre Kindheit ein?

glücklich	1	2	3	4	5	unglücklich
gerecht	1	2	3	4	5	ungerecht
streng	1	2	3	4	5	nicht streng

8. Wenn Sie sich mal so alles in allem überlegen, sind Sie da mit sich selbst zufrieden ?

zufrieden	1	2	3	4	5	unzufrieden
ehrgeizig						nicht ehrgeizig
.....						.....

9. Was glauben Sie, welchen Nutzen könnten die Fragebogen und dieses Gespräch für Sie haben?

.....

.....

sieht einen Nutzen	1	2	3	4	5	sieht keinen Nutzen

Gesamteindruck

Klagsamkeit:						
niedrig	1	2	3	4	5	hoch
Mitteilsamkeit:						
Beruf, Soziales niedrig	1	2	3	4	5	hoch
Familie, Intimes niedrig	1	2	3	4	5	hoch
Sympathie:						
sympathisch	1	2	3	4	5	unsympathisch
Selbstexploration:						
hoch	1	2	3	4	5	gering

Besondere Auffälligkeiten und Ereignisse während des Gesprächs:

E z K

Die folgenden Fragen beziehen sich auf die vor Ihnen liegenden Kur. Geben Sie bitte an, warum Sie in Kur gehen und was Sie von der Kur erwarten, indem Sie nach jedem Satz in das Kästchen ein Kreuz setzen, das den Grad Ihrer Zustimmung am besten widergibt.

	gar nicht	etwas	ziem-lich	sehr
I. Wie wichtig waren für Sie folgende Gründe dafür, daß Sie einen Antrag auf Kur gestellt haben?				
1. Aus Sorge um meine Gesundheit.....				
2. Einmal aus dem Alltag herauskommen.....				
3. Um mit jemandem über meine Probleme sprechen zu können.....				
4. Um wieder fit für die Arbeit zu werden.....				
5. Einmal aus der täglichen Arbeit herauskommen.....				
6. Einmal unter andere Menschen zu kommen.....				
7. Um meine gesundheitlichen Beschwerden zu lindern.....				
8. Weil mir mein Arzt eine Kur empfohlen hat.....				

II. Wie sehr erwarten Sie die folgenden Maßnahmen während Ihres Kuraufenthaltes?				
1. Eine gründliche allgemeine Untersuchung meines Körpers.....				
2. Eine Beratung in allgemeinen Gesundheitsfragen.....				
3. Ein aktives Einüben eines gesundheitsförderlichen Verhaltens.				
4. Aussprache und Beratung bezüglich meiner Probleme an meinem Arbeitsplatz.....				
5. Aussprache und Beratung bezüglich meiner Probleme in meiner Familie.....				
6. Eine Beratung in bezug auf meine Krankheit.....				
7. Die Verordnung von Kurmaßnahmen, wie Bäder, Massagen, Gymnastik usw.....				
8. Die Verordnung von Medikamenten.....				
9. Hilfe bei der Bewältigung von Schwierigkeiten, die beim Kuraufenthalt auftreten.....				

A4 Fortsetzung

	gar nicht	etwas	ziem-lich	sehr
III. Für wie wirksam halten Sie folgende Gesichtspunkte einer Kur:				
1. Die Luftveränderung.....				
2. Bäder, Massagen, Gymnastik usw.....				
3. Die Ruhe des Kurortes und seine Umgebung.....				
4. Daß man aus seiner täglichen Arbeit herauskommt.....				
5. Daß man aus seiner Familie herauskommt.....				
6. Ausspannen, Wandern, Spielen.....				
7. Daß man sich seelisch erholen kann.....				
8. Neue Begegnungen mit anderen Menschen.....				
9. Daß die Ärzte und Schwestern sich um einen kümmern.....				
10. Die Regelmäßigkeit des Tagesablaufes.....				
11. Die ärztliche Untersuchung und Behandlung.....				

IV. Denken Sie mal darüber nach, was Sie bisher alles über den Erfolg von Kuren gehört haben.				
1. Für wie erfolgreich halten Sie eine Kur im allgemeinen.....				
2. Glauben Sie, daß eine Kur speziell bei Ihnen von Erfolg sein wird.....				
3. Sind Sie der Meinung, daß viele Leute in Kur gehen, obwohl sie es gar nicht nötig hätten.....				
4. Sind Sie der Meinung, daß viel mehr Leute eine Kur in Anspruch nehmen sollten.....				
5. Glauben Sie, daß die Kurdauer von 4 Wochen ausreicht, um die von Ihnen gewünschte Besserung zu erreichen.....				

B d K

Bitte geben Sie anhand der folgenden Aussagen Ihre Meinung über die nun zu Ende gehende Kur wider. Kreuzen Sie nach jedem Satz das für Sie zutreffende Kästchen an.

Sollten Sie eine der genannten Kurbehandlungen nicht mitgemacht haben, so streichen Sie bitte den entsprechenden Satz durch.

I. Haben Ihnen die folgenden Maßnahmen während der Kur geholfen?

	gar nicht	etwas	ziemlich	sehr
1. Die gründliche allgemeine Untersuchung Ihres Körpers				
2. Die Beratung in allgemeinen Gesundheitsfragen				
3. Aussprache und Beratung bezüglich Ihrer Probleme am Arbeitsplatz				
4. Aussprache und Beratung bezüglich Ihrer Probleme in Ihrer Familie				
5. Aussprache und Beratung bezüglich Ihrer körperlichen Beschwerden				
6. Die Verordnung von Medikamenten				
7. Aussprache und Beratung bezüglich Schwierigkeiten, die sich während Ihres Kuraufenthalts ergaben				
8. Die Luftveränderung				
9. Bäder, Massagen, Gymnastik				
1o. Die Ruhe des Kurortes und seine Umgebung				
11. Daß Sie aus Ihrer täglichen Arbeit herausgekommen sind				
12. Daß Sie aus Ihrer Familie herausgekommen sind				
13. Ausspannen, Wandern, Spielen				
14. Daß Sie neue Begegnungen mit anderen Menschen machen konnten				
15. Daß Sich die Schwestern um Sie kümmerten				
16. Die Regelmäßigkeit des Tagesablaufes				
17. Die ärztliche Untersuchung und Behandlung				
18. Das autogene Training, die Enspannungsübungen				
19. Die Gruppengespräche				
2o. Ihre persönlichen Gespräche mit dem Psychologen/der Psychologin				

A5 Fortsetzung

II. Allgemeine Beurteilung

	gar nicht	etwas	ziem-lich	sehr
1. Glauben Sie, daß Sie nach der Kur gesünder leben werden als vor der Kur.....				
2. Fühlen Sie sich am Ende Ihrer Kur körperlich leistungsfähiger als vor der Kur.....				
3. Fühlen Sie sich körperlich erholt.....				
4. Haben sich Ihre Beschwerden gebessert.....				
5. Fühlen Sie sich seelisch erholt.....				
6. Machen Sie sich Sorgen um Ihre Zukunft.....				
7. Haben Sie sich in dieser Kurklinik wohl gefühlt.....				
8. Würden Sie die Kur gern zu einem späteren Zeitpunkt wiederholen.....				
9. Fanden Sie das Kurprogramm anstrengend.....				
10. Sind Sie der Meinung, daß viele Leute in Kur waren, die es gar nötig gehabt hätten.....				
11. Sind Sie der Meinung, daß viel mehr Leute eine Kur in Anspruch nehmen sollten.....				
12. Glauben Sie, daß die Kur bei vielen Kurpatienten von Erfolg war.....				
13. War die Kur bei Ihnen, alles in allem gesehen, von Erfolg...				
14. Glauben Sie, daß die Kurdauer von 4 Wochen ausgereicht hat, um die von Ihnen gewünschte Besserung zu erreichen.....				
15. Wie lange, glauben Sie, wird der Kurerfolg bei Ihnen andauern.....				
16. Was hat Ihnen während Ihrer Kur besonders gut gefallen?				
17. Was hat Sie im Laufe der Kur besonders gestört?				

(Zur Beantwortung der Fragen 16. und 17. können Sie auch die Rückseite dieses Blattes benutzen.)

Die folgenden Ursachen können für die Entstehung verschiedener Beschwerden von Bedeutung sein. Bitte geben Sie an, wie stark jede einzelne Ursache Ihrer Meinung nach an der Entstehung Ihrer hauptsächlichen Beschwerden beteiligt ist. Es geht also nicht um die Art Ihrer Beschwerden, sondern um deren Ursachen.

	gar nicht	etwas	ziemlich	sehr
1. Allgemeine Erschöpfung.....				
2. Belastungen durch familiäre Verhältnisse.....				
3. Ängste, die Sie in bestimmten Situationen nicht überwinden können.....				
4. Überlastung in der Arbeit.....				
5. Allgemeine Hetze des heutigen Lebens.....				
6. Nervöse Überregbarkeit.....				
7. Schwierigkeiten im sexuellen Bereich.....				
8. Innere Hemmungen, die Sie nicht erklären können.....				
9. Unzufriedenheit im Beruf.....				
10. Falsche Erziehung.....				
11. Allgemeine Kreislaufschwäche.....				
12. Eine versteckte körperliche Krankheit.....				

Wie könnte Ihnen Ihrer Meinung nach am besten geholfen werden?

Wenn man.....

1. die eigentliche körperliche Ursache herausfindet.....				
2. mit Ihnen gemeinsam in Gesprächen Ihre Schwierigkeiten zu klären versucht.....				
3. Ihnen zu einer befriedigenden Arbeitssituation verhilft.....				
4. für Sie einen straffen Behandlungsplan ausarbeitet, an den Sie sich genau halten können.....				
5. dafür sorgt, daß Sie sich erholen können.....				
6. Sie über Zusammenhänge zwischen seelischen Problemen und Ihren Beschwerden aufklärt.....				
7. Ihnen bescheinigt, daß Sie arbeitsunfähig sind.....				
8. den Chefarzt zu Ihrer Behandlung hinzuzieht.....				
9. Ihnen hilft, mehr Selbstvertrauen zu gewinnen.....				
10. Möglichkeit findet, Ihre familiäre Situation angenehmer zu gestalten.....				

A7

H G

Die folgenden Aussagen beziehen sich auf die Einstellung zur Gesundheit und Kranheit sowie zu Vorbeugungsmaßnahmen. Kreuzen Sie bitte "stimmt" an, wenn Sie persönlich dieser Aussage zustimmen und kreuzen Sie bitte "stimmt nicht" an, wenn die Aussage für Sie nicht zutrifft.

	stimmt	stimmt nicht
1. Zur Vorbeugung gegen ernste Krankheiten bemühe ich mich um eine gesunde, d.h. fettarme und vitaminreiche Ernährung.....	0	0
2. Ich achte sehr genau darauf, Speisen zu bekommen, die möglichst keine Konservierungsmittel und Farbstoffe enthalten.....	0	0
3. Ich vermeide es, ungewaschenes Obst zu essen.....	0	0
4. Ich zweifle manchmal daran, ob mein Hausarzt die Ursachen meiner Beschwerden auch richtig erkennt.....	0	0
5. Ich habe nach einer ärztlichen Untersuchung oft das Gefühl, daß ich viel zu oberflächlich untersucht wurde.....	0	0
6. Ich zweifle manchmal daran, ob ich wirklich die beste Behandlung bekomme.....	0	0
7. Einer Tageswanderung fühle ich mich gesundheitlich nicht gewachsen.....	0	0
8. Gehäufte Anstrengungen würden die Abwehrkräfte meines Körpers zu sehr erschöpfen	0	0
9. Plötzlicher Klimawechsel würde meiner Gesundheit schaden.....	0	0
1o. Niesen oder Kratzen im Hals veranlassen mich zu vorbeugenden Maßnahmen (Tabletten, Gurgeln usw.).....	0	0
11. Eine belegte Zunge und allgemeine Mattigkeit nehme ich ernst..	0	0
12. Mattigkeit und Frösteln nehme ich nicht auf die leichte Schulter.....	0	0

F P I

Sie werden auf den nächsten zwei Seiten eine Reihe von Aussagen über bestimmte Verhaltensweisen, Einstellungen und Interessen finden. Sie können jede Aussage entweder mit "stimmt" oder mit "stimmt nicht" beantworten. Setzen Sie bitte ein Kreuz X in den dafür vorgesehenen Kreis. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten, weil jeder Mensch das Recht zu eigenen Anschauungen hat. Antworten Sie bitte so, wie es für Sie zutrifft.

	stimmt	stimmt nicht
1. Ich habe die Anleitung gelesen und bin bereit, jeden Satz offen zu beantworten	0	0
2. Ich schließe nur langsam Freundschaften	0	0
3. Es macht mir, offen gestanden manchmal Spaß, andere zu quälen.....	0	0
4. Ich nehme nur ungern an einer großen Gesellschaft, an einem Ball oder einer öffentlichen Veranstaltung teil.....	0	0
5. Ich habe manchmal nur zum Spaß etwas Gefährliches getan.....	0	0
6. Ich bin unternehmungslustiger als die meisten meiner Bekannten.....	0	0
7. Als Kind habe ich manchmal ganz gerne andere gequält, z.B. Arme umgedreht, an Haaren gezogen usw.....	0	0
8. Manchmal stecke ich voller Tatendrang und ein anderes Mal kann ich mich zu keiner richtigen Arbeit aufraffen.....	0	0
9. Ich habe manchmal ein Gefühl der Teilnahmslosigkeit und innere Leere	0	0
1o. Ich fühle mich fast ständig hungrig.....	0	0
11. Es gab Leute, die mich so ärgerten, daß es zu einer Schlägerei kam.....	0	0
12. Im allgemeinen bin ich ruhig und nicht leicht aufzuregen.....	0	0
13. In einer vergnügten Gesellschaft kann ich mich meistens ungezwungen und unbeschwert auslassen.....	0	0
14. Ich sage nicht immer die Wahrheit.....	0	0
15. Ich würde mich beim Kellner oder Geschäftsführer eines Restaurants beschweren, wenn ein schlechtes Essen serviert wird.....	0	0
16. Oft habe ich alles gründlich satt.....	0	0
17. Gelegentlich kann ich einen Drang, anderen wehe zu tun, nicht beherrschen.....	0	0

A8 Fortsetzung

	stimmt	stimmt nicht
18. Ich stelle mir manchmal vor, daß meinen Widersachern etwas zustößt.....	0	0
19. Ab und zu lache ich über einen unanständigen Witz.....	0	0
2o. Sind wir zu mehreren, so überkommt mich oft eine unwiderstehliche Lust zu groben Streichen.....	0	0
21. Es gibt nur wenige Dinge, die mich erregen oder ärgern.....	0	0
22. Hin und wieder gebe ich ein bißchen an.....	0	0
23. Manchmal bin ich zu spät zu einer Verabredung oder zur Schule gekommen.....	0	0
24. Manchmal habe ich Gedanken, derer ich mich schämen muß.....	0	0
25. Es fällt mir meist leicht, mich auf meine Arbeit zu konzentrieren.....	0	0
26. Es würde mir nichts ausmachen, für einen guten Zweck Leute um Spenden zu bitten.....	0	0
27. Ab und zu erzähle ich auch mal eine Lüge.....	0	0
28. Ich hätte gerne einen Beruf, der viel Abwechslung und Reisen mit sich bringt, auch wenn eine größere Unsicherheit damit verbunden ist.....	0	0
29. Bei Geselligkeiten und öffentlichen Veranstaltungen bleibe ich lieber im Hintergrund.....	0	0
3o. Ich träume tagsüber von Dingen, die doch nicht verwirklicht werden können.....	0	0
31. Ich kann nicht jeden leiden, den ich kenne.....	0	0
32. Manchmal habe ich mir schrecklich viel Sorgen um etwas gemacht, was wirklich nicht wichtig war.....	0	0
33. Manchmal schiebe ich etwas auf, was ich sofort tun sollte.	0	0
34. Es macht mir Spaß, mit einem Stock Blumen zu köpfen.....	0	0
35. In Gesellschaft ist mein Benehmen meistens besser als zu Hause.....	0	0
36. Ich bin leicht aus der Ruhe gebracht, wenn ich angegriffen werde.....	0	0
37. Häufig sage ich ohne zu überlegen etwas, was ich später bereue.....		

A8 Fortsetzung

	stimmt	stimmt nicht
38. Ich grüble viel über mein bisheriges Leben nach.....	0	0
39. Ich bin manchmal mürrisch und schlecht aufgelegt.....	0	0
40. Ich spiele anderen Leuten gern einen harmlosen Streich.....	0	0
41. Ich träume ziemlich oft.....	0	0
42. Ich übernehme bei gemeinsamen Unternehmungen gern die Führung.....	0	0
43. Ich bin hin und wieder ein wenig schadenfroh.....	0	0
44. Oft rege ich mich zu rasch über jemanden auf.....	0	0
45. Als Kind habe ich ab und zu mal genascht.....	0	0
46. Ich würde mich selbst als eher gesprächig bezeichnen.....	0	0
47. Ich fühle mich oft wie ein Pulverfaß kurz vor der Explosion.....	0	0
48. Meine Tischmanieren sind zu Hause weniger gepflegt als in Gesellschaft.....	0	0

A9

Datum:.....

BPI

Anleitung

Auf den folgenden Seiten finden Sie eine Reihe von Sätzen über bestimmte Verhaltensweisen und Einstellungen. Sie können jede mit „stimmt" oder „stimmt nicht" beantworten. Setzen Sie bitte ein Kreuz in den für Sie zutreffenden Kreis (X). Kreuzen Sie bitte immer die Antwort an, die **für Sie persönlich** zutrifft.

Achten Sie bitte auf folgende Punkte:

1. Beantworten Sie **jeden** Satz. Wenn Sie mit dem Fragebogen fertig sind, überprüfen Sie nochmals, ob Sie keine Frage vergessen haben.
2. Vielleicht fällt Ihnen bei einigen Sätzen eine eindeutige Entscheidung schwer. Kreuzen Sie dann die Antwort an, die noch **am ehesten für Sie persönlich** zutrifft.

Zuname:.....

Vorname:.....

Beruf:.....

Alter:.....Jahre

Geschlecht: männlich ○
weiblich ○

Schulabschluß: Volksschule ○
Berufsschule ○
Mittlere Reife ○
..... ○

Familienstand: ledig ○
verheiratet ○
verwitwet ○
geschieden ○

Einwohnerzahl der Wohngemeinde:
weniger als 2000 ○
2000 bis 100.000 ○
mehr als 100.000 ○

A9 Fortsetzung

	stimmt	stimmt nicht
1) Ich gehe gern ins Kino	○	○
2) Ich werde leicht zornig	○	○
3) Ich fühle mich oft ruhelos und gehetzt	○	○
4) Ich rege mich schnell auf	○	○
5) Ich habe manchmal ein Gefühl der Teilnahmslosigkeit u. inneren Leere	○	○
6) Ich bin schon einmal wütend geworden	○	○
7) Mir bleibt in aufregenden Situationen leicht die Luft weg	○	○
8) Ich bin oft zu scheu und schüchtern	○	○
9) Ich bin meistens glücklich	○	○
10) Oft rege ich mich zu rasch über jemanden auf	○	○
11) Bei wichtigen Entscheidungen fühle ich mich auch nach langer Bedenkzeit noch unsicher	○	○
12) Aus Ärger sage ich manchmal Dinge, die andere Leute verletzen	○	○
13) Ich bin ziemlich reizbar und werde leicht wütend	○	○
14) Kleinigkeiten gehen mir manchmal furchtbar auf die Nerven, obwohl ich weiß, daß sich deswegen keine Aufregung lohnt	○	○
15) Selbst wenn eine Sache völlig sicher ist, habe ich Angst, daß es doch noch schiefgehen könnte	○	○
16) Es fällt mir schwer, wenn ich jemanden ansprechen soll, den ich nicht kenne	○	○
17) Das Leben macht mir noch genausoviel Freude wie früher	○	○
18) Im Grunde bin ich eher ein ängstlicher Mensch	○	○
19) Oft ärgere ich mich zu schnell über andere	○	○
20) Ich habe häufig Kopfschmerzen	○	○
21) Ich bemerke häufig ein unwillkürliches Zucken in meinen Schultern und an meinem Kopf	○	○
22) Manchmal verschiebe ich etwas auf morgen, was ich heute tun müßte	○	○
23) Es gibt Zeiten, in denen ich ganz traurig und niedergeschlagen bin	○	○
24) Ich bin leicht aus der Fassung gebracht	○	○
25) Ich spreche oft Drohungen aus, die ich garnicht ernst meine	○	○
26) Wenn ich mit bedeutenden Leuten oder Vorgesetzten zusammen bin, werde ich leicht verlegen	○	○
27) Ich habe manchmal das Gefühl erstickender Enge in der Brust	○	○
28) Ich habe fast immer Angst um irgend jemanden oder irgend etwas	○	○
29) Manchmal bin ich schlechter Laune	○	○
30) Alltägliche Schwierigkeiten bringen mich oft aus der Ruhe	○	○
31) Ich ärgere mich sehr, wenn ich in einer Schlange warten muß	○	○
32) Manchmal glaube ich, mich falsch zu benehmen, nur weil ich unsicher bin	○	○
33) Ich bin ziemlich nervös, zappelig und fahrig	○	○
34) Es wäre besser, wenn alle Gesetze abgeschafft würden	○	○

A9 Fortsetzung

	stimmt	stimmt nicht
35) Ich tue vieles, was ich hinterher bereue	○	○
36) In sexuellen Dingen bin ich ziemlich gehemmt	○	○
37) Meine Hände zittern manchmal vor Aufregung	○	○
38) Ich habe oft Gewissensbisse, selbst wegen unwichtiger Dinge	○	○
39) Ich scheue mich, allein in einen Raum zu gehen, in dem andere Leute bereits zusammensitzen	○	○
40) Ich habe manchmal das Gefühl, nicht genügend Luft zu bekommen	○	○
41) Mein Geschlechtsleben ist zufriedenstellend	○	○
42) Ich werde leicht verlegen	○	○
43) Als Kind habe ich ab und zu mal genascht	○	○
44) Wenn ich auf ein schwieriges Problem stoße, gebe ich meistens auf	○	○
45) Ich verliere schnell meine Beherrschung	○	○
46) In Gegenwart des anderen Geschlechts bin ich leicht schüchtern	○	○
47) Ich gehöre leider zu denen, die oft in Wut geraten	○	○
48) Mein Interesse an intimen Beziehungen ist normal	○	○
49) Meine Hände und Füße sind häufig ruhelos	○	○
50) Es fällt mir schwer, mit einem Fremden ein Gespräch zu beginnen	○	○
51) Ich fühle mich oft einsam	○	○
52) Ich bin immer guter Laune	○	○
53) Mir wird leicht schwindelig und schwarz vor den Augen, wenn ich mich aus liegender Stellung plötzlich aufrichte	○	○
54) Manchmal gehen mir kleine Dinge zu sehr auf die Nerven	○	○
55) Ich bin sicher, daß ich zukünftige Schwierigkeiten gut meistern werde	○	○
56) Ich fühle mich als Versager, wenn ich vom Erfolg eines guten Bekannten höre	○	○
57) Ich habe manchmal Augenflimmern	○	○
58) Meine Beziehungen zum anderen Geschlecht könnten lebhafter sein	○	○
59) Manchmal bin ich bedrückt, onne daß ich recht weiß warum	○	○
60) Ich würde beim Spielen lieber gewinnen als verlieren	○	○
61) Ich werde ängstlich und aufgeregt, wenn ich für einige Tage von zu Hause weg muß	○	○
62) Wenn mich Leute auf der Straße oder in einem Geschäft beobachten, ist mir das unangenehm	○	○
63) Ich verliere öfters die Geduld	○	○
64) Es fällt mir schwer, vor einer größeren Gruppe von Menschen zu sprechen	○	○
65) Ich kann so wütend werden, daß ich die Beherrschung verliere und etwas zerschlage	○	○
66) Ich bin mit mir selbst zufrieden	○	○
67) Wegen sexueller Probleme würde ich mich gerne mit dem Arzt unterhalten	○	○

A9 Fortsetzung

	stimmt	stimmt nicht
68) Ich werde leicht verlegen, wenn ich in einer Gruppe plötzlich zum Mittelpunkt der Aufmerksamkeit werde	○	○
69) Ich fühle mich öfters ohne besonderen Grund lustlos und müde	○	○
70) Ich habe manchmal Hitzewallungen und Blutandrang zum Kopf	○	○
71) In engen Räumen habe ich das beängstigende Gefühl des Eingeschlossenseins	○	○
72) Ich werde manchmal kurzatmig, auch ohne schwere Arbeit verrichtet zu haben	○	○
73) Mein Interesse an sexuellen Beziehungen hat nachgelassen	○	○
74) Es kommt vor, daß ich manchmal zu stottern anfange	○	○
75) Ab und zu lache ich über einen unanständigen Witz	○	○
76) Ich glaube, daß ich im sexuellen Bereich ein guter Partner bin	○	○
77) Es stört mich sehr, daß ich leicht erröte	○	○
78) Es kann vorkommen, daß mich jemand so ärgert, daß ich ihm eine runterhaue	○	○
79) Ich fühle manchmal mein Herz unregelmäßig schlagen	○	○
80) Ich behalte meine Meinung lieber für mich	○	○
81) Ich bemerke häufig ein unwillkürliches Zucken im Gesicht	○	○
82) Ich habe wenig Beziehungen zum anderen Geschlecht	○	○
83) Mir sind alle Leute sympathisch, die ich kenne	○	○
84) Meine Gefühle sind leicht verletzt	○	○
85) Ich fühle mich dem Leben und seinen Anforderungen gut gewachsen	○	○
86) Es fällt mir schwer, anderen Leuten zu widersprechen	○	○
87) Ich neige zu Schwermütigkeit	○	○
88) Solange ich zurückdenken kann, habe ich nie Streit mit meinen Familienangehörigen gehabt	○	○
89) Manchmal habe ich aus Wut etwas zerrissen	○	○
90) In Gesprächen bin ich oft still aus Angst, etwas Falsches zu sagen	○	○
91) Wenn ich über mein Sexualleben nachdenke, bekomme ich leicht Schuldgefühle	○	○
92) Wenn ich ruhig sitze, schlafen mir häufig meine Füße ein	○	○
93) Ich habe meistens gute Laune	○	○
94) Ich grüble ziemlich viel	○	○
95) Ich verliere leicht mein Selbstvertrauen	○	○
96) Ich habe oft Minderwertigkeitsgefühle	○	○
97) Ich bemerke häufiger ein Kribbeln und Prickeln in Armen und Beinen	○	○
98) Meine Beziehungen zum anderen Geschlecht sind befriedigend	○	○
99) Ich sehe zuversichtlich in die Zukunft	○	○
100) Ich fühle mein Herz gelegentlich bis zum Halse hinauf schlagen	○	○
101) Häufig sage ich ohne zu überlegen etwas, was ich später bereue	○	○

Bitte, überprüfen Sie noch einmal, ob Sie wirklich a l l e Sätze beantwortet haben.

F B L

Sie finden nun Fragen nach verschiedenen körperlichen Vorgängen und Beschwerden. Antworten Sie bitte, wie Sie sich in den letzten vier Wochen gefühlt haben. Es wird jeweils nach der Häufigkeit der Beschwerden gefragt. Kreuzen Sie bitte das Antwortkästchen an, welches am ehesten für Sie zutrifft.

	fast tägl.	etwa 3 mal in der Woche	etwa 1 mal in der Woche	etwa 1 mal in 4 Wochen	nie
1. Fühlen Sie sich morgens nach dem Aufstehen noch müde und zerschlagen?.....					
2. Fühlen Sie Ihr körperliches Leistungsvermögen verringert?.....					
3. Ermüden Sie schnell?.....					
4. Wird Ihnen schwindelig, wenn Sie sich aus liegender Stellung aufrichten?.....					
5. Fühlen Sie sich benommen?.....					
6. Haben Sie Kopfschmerzen?.....					
7. Haben Sie Appetitmangel?.....					
8. Reagiert Ihr Körper auf Wetteränderung?.....					

Stimmungslage

Wie würden Sie Ihr Befinden und Ihre Stimmung beschreiben, wenn Sie an die letzten 3 Tage denken ?

	gar nicht	etwas	ziem-lich	sehr
lustig				
schlecht gelaunt				
aktiv				
traurig				
träge				
tatkräftig				
abgehetzt				
gesammelt				
beschwingt				
ärgerlich				
enttäuscht				
faul				
erschöpft				
beherrscht				
heiter				
gereizt				
ratlos				
gleichgültig				
erholungsbedürftig				
ausgeglichen				
wach				

B F B

Die folgenden Aussagen beziehen sich auf Ihr Berufs- und Familienleben.

Machen Sie ein Kreuz in eine der vier Spalten rechts entsprechend der Stärke Ihrer Zustimmung bzw. Ablehnung. Füllen Sie den Fragebogen selbständig aus.

	gar nicht	etwas	ziem-lich	sehr
Von Berufstätigen und Hausfrauen zu beantworten				
1. Meine Arbeit macht mir im allgemeinen Spaß.....				
2. Ich langweile mich oft bei meiner Arbeit.....				
3. Wenn ich könnte, würde ich gerne den Beruf wechseln.....				
4. Ich arbeite unter starkem Zeitdruck.....				
5. Bei meiner Arbeit tauchen oft Probleme auf, die sehr schwer zu überwinden sind.....				
6. Manchmal denke ich, daß ich mir mit meiner Arbeit zu viel zumute.....				
7. Abends nach der Arbeit bin ich erschöpft.....				
8. Manchmal habe ich das Gefühl, daß mir die Anforderungen durch Familie, Beruf und Haushalt über den Kopf wachsen...				
Nur von Berufstätigen zu beantworten				
9. Ich wäre in meinem Beruf gern weiter gekommen.....				
10. Mit meinem Verhältnis zu meinen Arbeitskollegen bin ich zufrieden.....				
11. Mit meiner Bezahlung bin ich zufrieden.....				
Nur beantworten wenn Sie Kinder haben				
12. Es gibt oft Auseinandersetzungen zwischen mir und den Kindern.....				
13. Zwischen mir und meinem Ehepartner kommt es oft zu Auseinandersetzungen wegen der Kinder.....				
14. Ich wünsche mir manchmal, meine Kinder würden mich besser verstehen.....				

A12 Fortsetzung - 2 -

	gar nicht	etwas	ziem-lich	sehr
Nur wenn Sie verheiratet sind beantworten				
15. Ich denke, daß viele Ehen harmonischer sind als meine.....				
16. Die Ehe bringt mehr seelische Belastung mit sich, als ich vorher gedacht habe.....				
17. Ich glaube, daß mein Ehepartner mit der Ehe zufrieden ist.				
18. Ich wünsche mir manchmal, mein Ehepartner würde mich besser verstehen.....				
19. Ich wünsche mir von meinem Ehepartner mehr Schonung, wenn es mir nicht gut geht.....				
2o. Mein Ehepartner hört mir nicht richtig zu, wenn ich Probleme habe.....				

Einschätzung der Kurpatienten durch den Arzt

Sie haben als Arzt im Laufe der Kur verschiedene Eindrücke und Informationen über die einzelnen Patienten erhalten. Wir bitten Sie, anhand der folgenden Merkmale die einzelnen Patienten einzuschätzen, in dem Sie ein Kreuz jeweils in das Kästchen setzen, das Ihrer Meinung nach am ehesten zutrifft.

Name des Patienten bzw. Patientin:

.....

1. Wie beurteilen Sie die Veränderung des körperlichen Allgemeinzustandes des Patienten im Kurverlauf?

ungünstig	1	2	3	4	5	günstig

2. Ist in der speziellen Symptomatik des Patienten eine objektiv feststellbare Veränderung eingetreten?

verschlechtert	1	2	3	4	5	verbessert

3. Die subjektiv empfundenen Beschwerden, wie sie der Patient äußert, haben sich im Verlauf der Kur

vermehrt	1	2	3	4	5	verringert

4. Wie beurteilen Sie allgemein das Gesundheitsverhalten (Essen, Trinken, Rauchen, Medikamentenverbrauch, körperliche Betätigung) des Patienten vor der Kur?

gesundheits-schädigend	1	2	3	4	5	gesundheits-fördernd

5. Wie wird sich der Patient Ihrer Meinung nach im nächsten halben Jahr verhalten?

gesundheits-schädigend	1	2	3	4	5	gesundheits-fördernd

6. An den Leiden und Beschwerden des Patienten sind emotionale und zwischenmenschliche Faktoren (im Sinne einer psychosomatischen Störung)

nicht beteiligt	1	2	3	4	5	in hohem Maße beteiligt

7. Die Beschwerden und Leiden des Patienten werden sich voraussichtlich im Laufe des nächsten halben Jahres nach der Kur

verschlechtern	1	2	3	4	5	verbessern

8. Der Patient bemühte sich ernsthaft um einen positiven Kurerfolg

bemühte sich gar nicht	1	2	3	4	5	bemühte sich sehr

9. Neigt der Patient zur übertriebenen Klagsamkeit

gar nicht	1	2	3	4	5	sehr

10. Wie beurteilen Sie alles in allem am Ende der Heilmaßnahmen den Kurerfolg

kein Erfolg	1	2	3	4	5	großer Erfolg

Einschätzung der Kurpatienten durch die Gruppenbetreuer(innen)

Sie haben als Gruppenbetreuer(in) im Laufe der Kur verschiedene Eindrücke über die einzelnen Patienten ererhalten. Daher bitten wir Sie, die Patienten anhand der folgenden Fragen einzuschätzen.
Bei den Fragen ist eine Skala, vergleichbar mit einer Thermometerskala, vorgegeben. Kreuzen Sie bitte die Stufe an, die Ihrer Meinung nach am ehesten zutrifft.
Im voraus danken wir sehr für Ihre Mithilfe.

1. Die körperliche Leistungsfähigkeit des Patienten (z.B. Wandern, Gymnastik, Schwimmen usw.) hat sich im Laufe der Kur

verschlechtert	1	2	3	4	5	verbessert

2. Der Patient bemühte sich ernsthaft um einen positiven Kurerfolg

bemühte sich gar nicht	1	2	3	4	5	bemühte sich sehr

3. Wirkt der Patient auf Sie seelisch belastet?

gar nicht	1	2	3	4	5	sehr

4. Haben Sie den Eindruck, daß sich der Patient kränker gibt als er ist ?

gar nicht	1	2	3	4	5	sehr

5. Wie beurteilen Sie alles in allem am Ende der Heilmaßnahmen den Kurerfolg?

kein Erfolg	1	2	3	4	5	großer Erfolg

Literatur

ADLER,A.: The significance of early recollections.
International Journal of Individual Psychology 1937, 3, 283-287

ADSETT,C., BRUHN,J.G.: Short-term group psychotherapy for post-myocardial infarction patients and their wives.
Canadian Medical Association 1968, 99, 577-584

AHLBRECHT,W.: Psychotherapeutische Methoden in der Klinik.
In: SPEER,E. (Hrsg.): Aktuelle Psychotherapie.
München: Lehmann, 1958

AHLBRECHT,W.: Großgruppen in einer psychosomatischen Kuranstalt.
Kongreßbericht: Internationaler Kongreß für Gruppen-Psychotherapie.
Wien: Wiener Akademie, 1968

AHLBRECHT,W.: Zur Diagnostik primär psychogener Erkrankungen am Kurort.
Heilbad und Kurort 1972, 24, 128-131

AHLBRECHT,W.: Rehabilitation psychosomatisch erkrankter Patienten im Rentenverfahren.
In: ENKE,H. und POHLMEIER,H. (Hrsg.): Psychosoziale Rehabilitation.
Stuttgart: Hippokrates, 1973, 41-45

ALBRECHT,G. und HIGGINS,P.C.: Rehabilitation success: The interrelationships of multiple criteria.
Journal of Health and Social Behavior 1977, 18, 36-45

ALEXANDER,G.: Eutonie, Haltung und Bewegung in psycho-somatischer Sicht.
Ulm: Haug, 1964

AMELANG,M. und LASOGGA,F.: Unkontrollierte Faktoren des Behandlungserfolgs beim Einsatz von Gesprächsmethoden.
Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie 1975, 7, 276-288

AMERICAN CANCER SOCIETY: So you want to give up cigarettes.
New York: American Cancer Society, 1971

ANTONS,K.: Vorläufige Ergebnisse einer Untersuchung bei Alkoholkranken mit dem Freiburger Inventar.
In: ENKE,H. und MALZAHN,B. (Hrsg.): Klinische Rehabilitation.
Stuttgart: Hippokrates, 1970, 124-136

ANTONS,K.: Soziomatische Kurwirkungen. Eine Test-Retest-Untersuchung mit zwei Persönlichkeitsinventaren am Vorsorgeheim Hundseck der Bundesknappschaft Bochum.
Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse 1972, 18, 369-389

ANTONS-BRANDI,V.: Einstellungen zum Übergewicht, mit 6 Abbildungen.
In: ENKE,H. und MALZAHN,B. (Hrsg.): Klinische Rehabilitation.
Stuttgart: Hippokrates, 1970, 104-117

ANTONS-BRANDI,V.: Einstellungen zu gesundheitsförderlichen Maßnahmen und deren Veränderungen bei Teilnahme an einer Kur.
Deutsche Rentenversicherung 1973a, 12, 384-391

ANTONS-BRANDI,V.: Das Image der Übergewichtigen - die Bedeutung von Bildung und Gesundheitserziehung.
In: ENKE,H. und POHLMEIER,H. (Hrsg.): Psychosoziale Rehabilitation.
Stuttgart: Hippokrates, 1973b, 90-98

AUGSBURGER,W., HERMANN,W., KNAPP,F., KÜPPERS,H.-J., TEWS,H.P., WIEDEMANN,E.: Rehabilitation. Praxis und Forschung.
Berlin: Springer, 1977

BAIER,H.: Langzeituntersuchungen zur objektiven Beurteilung des Therapieerfolgs der aktivierenden Kurbehandlung.
Zeitschrift für Physikalische Medizin 1975, 5, 229-235

BANDLER,R., GRINDER,J.: Patterns of the hypnotic techniques of Milton Erickson.
Cupertino: Meta-Publ., 1975

BARTENWERFER,H.: Psychische Beanspruchung und Ermüdung.
In: GOTTSCHALDT,K., SANDER,F., LERSCH,P. u.a. (Hrsg.): Handbuch der Psychologie. Bd. 9: Betriebspsychologie.
Göttingen: Hogrefe, 1961

BASTIAANS,J.: Psychoanalytic psychotherapy.
In: WITTKOWER,E.D. und WARNES,H. (Hrsg.): Psychosomatic medicine. Its clinical applications.
Hagerstown: Harper & Row, 1977, 86-93

BASTINE,R.: Forschungsmethoden in der Klinischen Psychologie.
In: SCHRAML,W.J. (Hrsg.): Klinische Psychologie.
Bern: Huber, 1970, 523-562

BASTINE,R.: Ansätze zur Formulierung von Interventionsstrategien in der Psychotherapie.
In: JANKOWSKI,P., TSCHEULIN,D., FIETKAU,H.J. und MANN,F. (Hrsg.): Klientenzentrierte Psychotherapie heute.
Göttingen: Hogrefe, 1976, 193-207

BAUER,M.: Psychotherapeutische Versorgung.
In: BLOHMKE,M. u. a. (Hrsg.): Sozialmedizin in der Praxis. Handbuch der Sozialmedizin, Bd. III.
Stuttgart: Enke, 1976, 275-316

BECK,D.: Kurzpsychotherapie.
Schweizerische medizinische Wochenschrift 1968, 98, 1859

BECKER,H. und LÜDEKE,H.: Erfahrungen mit der stationären Anwendung psychoanalytischer Therapie.
Psyche 1978, 32, 1-20

BECKER,A.M., REITER,L.: Persuasion.
In: STROTZKA,H. (Hrsg.): Psychotherapie: Grundlagen, Verfahren, Indikationen.
München: Urban und Schwarzenberg, 1978, 2. Auflage, 295-308

BECKMANN,D.: Psychologische Determinanten in der Arzt-Patient-Beziehung.
Münchener Medizinische Wochenschrift 1972, 4, 133-139

BECKMANN,D.: Paardynamik und Gesundheitsverhalten.
In: RICHTER,H.-E., STROTZKA,H. und WILLI.J. (Hrsg.): Familie und seelische Krankheit.
Reinbeck: Rowohlt, 1976

BECKMANN,D., BRÄHLER,E. und BRAUN,P.: Zur Scheinkorrelation zwischen neurotischen Körperbeschwerden und sozialer Schichtzugehörigkeit.
Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse 1977, 23, 251-261

BECKMANN,D., SCHEER,J.W., ZENZ,H.: Methodenprobleme in der Psychotherapieforschung.
In: PONGRATZ,L.J.(Hrsg.): Klinische Psychologie. Handbuch der Psychologie. Bd. 8/2.
Göttingen: Hogrefe, 1978, 1085-1124

BECKMANN,P., WALINSKI,W. und DE WERTH,Ch.: Internistische Übungsbehandlung. Technik und Organisation in speziellen Heilverfahren.
Stuttgart: Hippokrates, 1961

BEESE,F.: Indikation zur Klinischen Psychotherapie.
Fortschritte der Medizin 1971, 89, 208-210, 234-238

BEESE,F.: Zum Problem einer Rehabilitation von Neurosekranken.
Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse 1973, 19, 315-325

BELLACK,A.S.: A comparison of self-reinforcement and self-monitoring in a weight reduction program.
Behavior Therapy 1976,7, 68-75

BELLACK,A.S.: A comparison of self-reinforcement and self-reduction program.
Behavior Therapy 1976, 7, 68-75

BENDORF,G., DOUBRAWA,R., KLAFFKI,E.L.: "Therapeutisches Spiel" als klinische Gruppenkurztherapie in der rehabilitativen und präventiven Inneren Medizin.
Zeitschrift für Psychotherapie und Medizinische Psychologie, 1976, 26, 158-163

BENSE,A.: Erleben in der Gesprächspsychotherapie.
Weinheim: Beltz, 1977

BERBALK,H.: Psychosomatik.
In: BAUMANN,U., BERBALK,H., SEIDENSTÜCKER,G. (Hrsg.): Klinische Psychologie. Trends in Forschung und Praxis: 1
Bern: Huber, 1978, 304-342

BERGIN,A.E., GARFIELD,S.L. (Hrsg.): Handbook of psychotherapy and behavior change.
New York: Wiley, 1971, 1978, 2. Auflage

BERKOWITZ,M., ENGLANDER,V., RUBIN,J. & WORALL,J.D.: An evaluation of policy-related rehabilitation research.
New York: Praeger, 1975

BEUTEL,P., KÜFFNER,H., RÖCK,E., SCHUBÖ,W.: SPSS 7 Statistik-Programm-System für die Sozialwissenschaften nach Norman H. Nie, C. Hadlai Hull, Jean G. Jenkins, Karin Steinbrenner, Dale H. Bent.
Eine Beschreibung der Programmversionen 6 und 7.
Stuttgart: Fischer, 1978

BIENER,K.: Wirksamkeit der Gesundheitserziehung.
Basel, New York: Karger, 1970

BIENER,K.: Gesundheitserziehung der Erwachsenen.
In: BLOHMKE,M. u.a. (Hrsg.): Epidemiologie und präventive Medizin. Handbuch der Sozialmedizin. Bd. II.
Stuttgart: Enke, 1977, 569-579

BIGGS,S. und BOWMAN,J.T.: Applicability and efficacy of a behavioral approach to rehabilitation counseling.
Journal of Applied Rehabilitation Counseling 1973-74, 4, 239-245

BINDER,H.: Psychische Therapiemöglichkeiten am Kurort.
Heilbad und Kurort 1971, 23, 333-337

BINDER,H.: Möglichkeiten und Grenzen einer psychischen Betreuung und psychotherapeutischen Arbeit am Kurort.
Zeitschrift für angewandte Bäder- und Klimaheilkunde 1974, 21, 315-322

BINDER,U., BINDER,H.-J.: Klientenzentrierte Psychotherapie bei schweren psychischen Störungen. Neue Handlungs- und Theoriekonzepte zur Veränderung.
Frankfurt: Fachbuchhandlung für Psychologie, 1979

BIRBAUMER,N. (Hrsg.): Neuropsychologie der Angst.
München: Urban und Schwarzenberg, 1973

BIRBAUMER,N. (Hrsg.): Psychophysiologie der Angst.
München: Urban und Schwarzenberg, 1977

BIRBAUMER,N.: Biofeedback.
In: PONGRATZ,L.J. (Hrsg.): Klinische Psychologie. Handbuch der Psychologie. Bd. 8/2.
Göttingen: Hogrefe, 1978, 2082-2103

BLASER,A.: Der Urteilsprozeß bei der Indikationsstellung zur Psychotherapie.
Bern: Huber, 1977

BLOHMKE,M.: Rationalisierung von Heilverfahren nach sozialmedizinischen Gesichtspunkten.
Heilbad und Kurort 1971, 23, 318-324

BLOHMKE,M.: Psychosoziale Faktoren und Krankheit.
Medizin, Mensch, Gesellschaft 1976, 1, 116-121

BLOHMKE,M., FERBER,Ch.v., KISKER,K.P. und SCHAEFER,H. (Hrsg.): Handbuch der Sozialmedizin. Bd. I: Grundlagen und Methoden der Sozialmedizin 1975; Bd. II: Epidemiologie und präventive Medizin 1977; Bd. III: Sozialmedizin in der Praxis 1976.
Stuttgart: Enke

BLOHMKE,M. und JOST,K.: Krankenstand, medizinische Sicht.
In: BLOHMKE,M. u.a. (Hrsg.): Sozialmedizin in der Praxis. Handbuch der Sozialmedizin. Bd. III.
Stuttgart: Enke, 1976, 100-120

BLOHMKE,M., KLEINSCHMIDT,Th., LENK,Ch., STELZER,O.: Studien zur therapeutischen Problemstellung in Kuren.
Rehabilitation 1974, 13, 79-87

BLUMENTHAL,W. und JOCHHEIM,K.A.: Begriff, Abgrenzung, interdisziplinäre Zusammenarbeit der medizinisch-sozialen Rehabilitation.
In: BLOHMKE,M. u.a. (Hrsg.): Grundlagen und Methoden der Sozialmedizin. Handbuch der Sozialmedizin. Bd. III.
Stuttgart: Enke, 1976a, 574-600

BLUMENTHAL,W. und JOCHHEIM,K.A.: Theorie und Technik der medizinisch-sozialen Rehabilitation.
In: BLOHMKE,M. u.a. (Hrsg.): Grundlagen und Methoden der Sozialmedizin. Handbuch der Sozialmedizin. Bd. III.
Stuttgart: Enke, 1976b, 601-650

BOCK,J.C.: Psychology and medicine: Rehabilitation of the industrially injured.
Ontario Psychologist 1975, 7, 24-25

BÖCK,D.: Eine faktorenanalytische Untersuchung der Einstellungen von Kurpatienten zu ihrer Kur.
Die Rehabilitation 1975, 3, 136-144

BOECK-SINGELMANN,C.: Überprüfung der Auswirkungen und Prozesse personenzentrierter Gesprächstherapie.
Hamburg: Phil.Diss., 1978

BÖKER,F.: Psychovegetative Erscheinungen.
Medizinische Welt 1974, 25, 299-300

BOLTE,K.M., KAPPE,D., NEIDHARDT,F.: Soziale Ungleichheit.
Opladen: Leske, 1975

BOLTON,B.: Improving the prediction of rehabilitation outcomes by computer generated pattern analysis.
Rehabilitation Research and Practice Review 1972, 3, 51-53

BOLTON,B.: Introduction to rehabilitation research.
Springfield: Thomas, 1974

BOLTON, B. (Hrsg.): Handbook of measurement and evaluation in rehabilitation.
Baltimore, University Park Press, 1976

BOLTON,B. und MILLIGAN,T.: The effects of a systematic physical fitness program on clients in a comprehensive rehabilitation center.
American Corrective Therapy Journal 1976, 30, 41-46

BOMMERT,H.: Grundlagen der Gesprächspsychotherapie. Theorie, Praxis, Forschung.
Stuttgart: Kohlhammer, 1977

BOMMERT,H. und DAHLHOFF,H.-D. (Hrsg.): Das Selbsterleben (Experiencing) in der Psychotherapie.
München: Urban und Schwarzenberg, 1978

BOMMERT,H., MANN,F. und STRAUSS,H.: Zusammenhänge zwischen Erwartungshaltungen und psychischen Veränderungen von Klienten durch Gesprächspsychotherapie.
Zeitschrift für Klinische Psychologie 1975, 4, 239-249

BORENS,R. und WITTICH,G.: Klinische Rehabilitation von psychosomatischen Patienten - eine Rehabilitation zu Verhaltensgestörten? Therapiewoche 1976, 26, 95-958

BRADY,J.V.: Toward a behavioral biology of emotion. In: LEVI,L. (Hrsg.): Emotions. Amsterdam: North Holland, 1975, 17-45

BRÄUTIGAM,W.: Pathogenetische Theorie und Wege der Behandlung in der Psychosomatik. Nervenarzt 1974, 45, 354-363

BRÄUTIGAM,W.: Psychoanalyse in die Medizin integriert. Deutsches Ärzteblatt 1977, 599-606

BRÄUTIGAM,W.: Verbale und präverbale Methoden in der stationären Therapie (Neue therapeutische Zugänge zum psychosomatischen Kranken). Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse 1978, 24, 146-155

BRÄUTIGAM,W. und CHRISTIAN,P.: Psychosomatische Medizin. Stuttgart: Thieme, 1975, 2. Auflage

BREDE,K.: Sozioanalyse psychosomatischer Störungen. Frankfurt: Athenäum Fischer, 1972

BREDE,K. (Hrsg.): Einführung in die Psychosomatische Medizin. Frankfurt: Athenäum Fischer, 1974

BREDE,K.: Ein sozialpsychologischer Zugang zur Spezifität psychosomatischer Störungen. In: OVERBECK, G. und OVERBECK,A. (Hrsg.): Seelischer Konflikt - körperliches Leiden. Reader zur psychoanalytischen Psychosomatik. Reinbek: Rowohlt, 1978, 321-326

BREHM,S.S.: The application of social psychology to clinical practice. New York: Hemisphere Publ. Corp., 1976

BRENGELMANN,J.C.: Grundlagen der Verhaltenstherapie. Heilbad und Kurort 1975a, 27, 192-196

BRENGELMANN,J.C.: Methoden zur Beeinflussung des Rauchens,des Übergewichts und der Bewegung. Heilbad und Kurort 1975b, 27, 367-377

BRENGELMANN,J.C.: Allgemeine Erfolgsaussichten verschiedener Raucher-therapien. Internistische Praxis 1975c, 15, 763-766

BROCKE,B.: Probleme präskriptiver Aussagen - Überlegungen zur logischen Grammatik und zum Entscheidbarkeits- und Anwendungsstatus präskriptiver Aussagen. In: ISELER,A. und PERREZ,M. (Hrsg.): Relevanz in der Psychologie. Zur Problematik von Relevanzbegriffen, -forderungen und -behauptungen. München: Reinhardt, 1976, 56-79

BRODSKY,P.: The diagnostic importance of early recollections.
American Journal of Psychotherapy 1952, 6, 484-493

BROMME,R.: Das Theorie-Praxis-Problem als Aufgabe der allgemeinen Psychologie.
In: DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR VERHALTENSTHERAPIE e.V. (Hrsg.): Verhaltenstherapie - Theorie - Kongreßbericht Berlin 1976.
Sonderheft I der Mitteilungen der DGVT 1977, 7-17

BROWN,A.C.: The general morbidity of neurotic patients.
Unveröffentliche Diss. Cambridge University 1965

BROWN,M.: The new body psychotherapies.
Psychotherapy 1973, 10, 98-116

BRUGGEMANN,A./GROSKURTH,P. und ULICH,E.: Arbeitszufriedenheit.
Bern: Huber, 1975

BRUSIS, J.: Sozialmedizinische Arbeit in der Rehabilitation.
Heilbad und Kurort 1976, 28, 236-238

BRUSIS,J.: Sozialpsychologisch-soziologische Aspekte der Rehabilitation.
Rehabilitation 1977, 16, 20-24

BUCHMANN,K.E.: Die Tätigkeit des Psychologen in der Kurklinik.
Ärztlicher Gutachter der Rentenversicherung 1974, 85-95

BUCHMANN,K.E.: Anti-Streß-Nachlernprogramm. Gedanken zu einem integrierten therapeutischen Ansatz.
Heilbad und Kurort 1976, 28, 238-242

BUCHMANN,K.E.: Psychotherapie und Psychotherapiebedürfnis an einer Jugendklinik.
Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 1979, 28, 91-99

BÜHLER,C., ALLEN,M.: Introduction to humanistic psychology.
Belmont: Brooks Cole, 1971

BUGGLE,F. und FERSCHING,A.: Soziale Determinanten psychischer Störungen.
In: WITTLING, W. (Hrsg.): Handbuch der Klinischen Psychologie.
Hamburg: Hoffmann und Campe, 1980

BUNDESVEREINIGUNG FÜR GESUNDHEITSERZIEHUNG (Hrsg.): Gesundheitserziehung und Kur.
Bonn, 1975

CAMPBELL,D.T., STANLEY,J.C.: Experimental and quasi-experimental designs for research on teaching.
In: GAGE,N.L. (Hrsg.): Handbook of research on teaching.
Chicago: Rand McNally, 1963
Deutsche Bearbeitung von SCHWARZ,E.
In: INGENKAMP,K. und PAREY,E. (Hrsg.): Handbuch der Unterrichtsforschung. Teil 1.
Weinheim: Beltz, 1970

CATTELL,R.B.: Die empirische Erforschung der Persönlichkeit.
Weinheim: Beltz, 1973

CERMAK,I., GRÜNBERGER,J., STACHER,G.: Objektivierung des Therapieerfolgs nach stationärer Behandlung auf der psychosomatischen Abteilung der Wiener Psychiatrischen Universitätsklinik.
Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse 1974, 20, 164-176

CHRISTIAN,P., DELIUS,L., KUHN,W.: Die Rehabilitation von vegetativ Kranken.
In: Zehn Jahre Rehabilitation als Schlüssel zum Dauerarbeitsplatz. Rehabilitationskongreß Heidelberg 5. bis 7. Juni 1968.
Stuttgart: Ganter, 1968, 357-372

COOK,D., SLEATER,S.M. und KUNCE,J.T.: Encounter groups and rehabilitation.
Journal of Applied Rehabilitation Counseling 1973, 4, 157-163

COUCH,R. und ALLEN,M.: Behavior modification in rehabilitation facilities: A review.
Journal of Applied Rehabilitation Counseling 1973, 4, 88-95

COWEN,E.L.: Social and community interventions.
Annual Review of Psychology 1973, 24, 423-472

CREMERIUS,J.: Die Prognose funktioneller Syndrome.
Stuttgart: Enke, 1968

CREMERIUS,J.: Prognose und Spätschicksale unbehandelter funktioneller Syndrome.
Klinische Wochenschrift 1972, 50, 61-75

CREMERIUS,J.: Am Fließband kann man sich keine feindifferenzierte Seele leisten.
Psychologie heute 1977, 4, 15-19

CREMERIUS,J.: Zur Theorie und Praxis der Psychosomatischen Medizin.
Frankfurt: Suhrkamp, 1978

DAHLHOFF,H.: Experimentelle Untersuchung zu einer deutschen Fassung der Experiencing-Skala.
Unveröffentliche Diplomarbeit.
Münster 1974

DAHLHOFF,H.-D., BOMMERT,H.: Forschungs- und Trainingsmanual zur deutschen Fassung der Experiencing-Skala.
In: BOMMERT,H., DAHLHOFF,H.-D. (Hrsg.): Das Selbsterleben (Experiencing) in der Psychotherapie.
München: Urban und Schwarzenberg, 1978, 63-128

DANKO,A.: Psychologische Verlaufs- und Nachuntersuchungen an Kurpatienten der LVA-Kurklinik für Innere Krankheiten in Bad Wörishofen während eines vierwöchigen Heilverfahrens.
Unveröffentlichte Diplomarbeit.
Psychologisches Institut der Universität Freiburg, 1977

DELIUS,L.: Die vegetative Dystonie.
Internistische Praxis 1961, 1, 359-374

DELIUS,L.: Emotion und Kreislauf.
Wiener Klinische Wochenschrift 1969, 81, 563

DELIUS,L.: Psychologische und psychotherapeutische Aspekte der Rehabilitation von Herzkranken.
Zeitschrift für Kreislaufforschung 1968, 57, 84-95

DELIUS,L.: Psychosomatische Aspekte der Behandlung des Schmerzes vom Standpunkt des Internisten.
In: JANZEN,R., KEIDEL,W.D., HERZ,A. und STEICHELE, C. (Hrsg.): Schmerz. Grundlagen-Pharmakologie-Therapie.
Stuttgart: Thieme, 1972

DELIUS,L.: Kurbehandlungen im Rahmen der veränderten Welt.
Heilbad und Kurort 1973, 25, 102-106

DELIUS,L.: Rehabilitation von vegetativ gestörten Patienten.
In: JOCHHEIM,K.-A. und SCHOLZ,J.F. (Hrsg.): Rehabilitation. Bd. II: Innere Medizin, Chirurgie, Gynäkologie, Dermatologie.
Stuttgart: Thieme, 1975a, 92-106

DELIUS,L.: Modelle sozialer Einwirkungen auf den Menschen. Psychosomatische Konzepte.
In: BLOHMKE,M. u.a. (Hrsg.): Grundlagen und Methoden der Sozialmedizin. Handbuch der Sozialmedizin. Bd. I.
Stuttgart: Enke, 1975b, 131-176

DELIUS,L.: Das Kurwesen.
In: BLOHMKE,M. u.a. (Hrsg.): Sozialmedizin in der Praxis. Handbuch der Sozialmedizin. Bd. III.
Stuttgart: Enke, 1976, 651-676

DELIUS,L.: Psychovegetative Allgemeinstörungen. Erkennung und Beurteilung.
Medizinische Welt 1977, 28, 222-225

DELIUS,L. und FAHRENBERG,J.: Psychovegetative Syndrome.
Stuttgart: Thieme, 1966

DELIUS,L. und TRÄGERT,J.: Psychologische Überlegungen zur Rehabilitation von Kreislaufkranken.
Zeitschrift für Kreislaufforschung 1971, 60, 281-288

DELL ORTO,A.E. und LASKY,R.G.: The application of the structured experiential therapy (SET-R) to a physically disabled and non-disabled group.
Boston: Instructional Resource Center, Sargent College of Allied Health Professions, 1976

DETZEL,H.: Die Statistik im Vertrauensärztlichen Dienst.
Öffentliches Gesundheitswesen 1973, 35, 337-343

DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR VERHALTENSTHERAPIE e.V. (Hrsg.): Verhaltenstherapie - Theorie - Kongreßbericht Berlin 1976.
Sonderheft I der "Mitteilungen der DGVT" 1977

DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR VERHALTENSTHERAPIE e.V. (Hrsg.): Verhaltenstherapie - Praxis - Kongreßbericht Berlin 1976.
Sonderheft II der "Mitteilungen der DGVT" 1977

DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR VERHALTENSTHERAPIE e.V. (Hrsg.): Gesundheitspolitische Aspekte der Klinischen Psychologie.
Sonderheft III der "Mitteilungen der DGVT" 1978

DEUTSCHER BÄDERVERBAND e.V.: Grundsätze für eine zeitgemäße Behandlung in den Heilbädern und Kurorten.
Bonn: Deutscher Bäderverband, 1969

DEUTSCHER BÄDERVERBAND e.V., VERBAND DEUTSCHER RENTENVERSICHERUNGSTRÄGER, BUNDESVEREINIGUNG FÜR GESUNDHEITSERZIEHUNG e.V., DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR ERNÄHRUNG e.V. (Hrsg.): Richtlinien für die Gesundheitserziehung in den Heilbädern und Kurorten.
Kassel 1976

DEUTSCHER BUNDESTAG: Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland (Drucksache 7/4200).
Bonn: Univ. Druck, 1975

DIENZ,K.: Vergleichende Untersuchungen verschiedener Therapieformen im Kurablauf.
München: Med.Diss., 1973

DILLING,H., WEYERER,S.: Epidemiologie psychischer Störungen und psychiatrische Versorgung.
München: Urban und Schwarzenberg, 1978

DINSE,H.: Zur Erforschung psychologisch relevanter Variablen bei Kurpatienten während eines vierwöchigen Kuraufenthaltes in der LVA-Kurklinik Buching/Allgäu.
Unveröffentlichte Diplomarbeit, Psychologisches Institut der Universität Freiburg, 1977

DOHRENWEND,B.S.: Life events as stressors: A methodological inquiry.
Journal of Health and Social Behavior 1973, 14, 167-175

DOHRENWEND,B.P.: Sociocultural and social-psychological factors in the genesis of mental disorders.
Journal of Health and Social Behavior 1975, 16, 365-392

DOHRENWEND,B.P., DOHRENWEND,B.S.: Social status and psychological disorder: A causal inquiry.
New York: Wiley, 1969

DOHRENWEND,B.P. und DOHRENWEND,B.S.: Social and cultural influences on psychpathology.
Annual Review of Psychology 1974, 25, 417-452

DOLAN,M.C.: Musictherapy: An explanation.
Journal of Music Therapy 1973, 10, 172-176

DORSCH,F. (Hrsg.): Psychologisches Wörterbuch.
Bern: Huber, 1976, 9. Auflage

DOUBRAWA,R.: Von der "Körpermedizin" zur Psychosomatik.
Psychologie heute 1976a, 3, 41-42, 51-54

DOUBRAWA,R.: Probleme und Aufgaben der Kurpsychologie.
Psychologische Rundschau 1976b, 27, 176-188

DOUBRAWA,R.: Erwartungen jugendlicher Kurpatientinnen zur ärztlichen und psychologischen Betreuung während der Kur.
Zeitschrift für angewandte Bäder- und Klimaheilkunde 1976c, 23, 306-310

DOUBRAWA,R.: Ansätze zur Ermittlung von Kurerfolgen bei weiblichen Jugendlichen mit überwiegend psychosomatischen Störungen.
Zeitschrift für angewandte Bäder- und Klimaheilkunde 1977, 24, 56-65

DOUBRAWA,R.: Bewegungsmangel in Beruf und Freizeit - Ergebnisse einer Erkundungsstudie bei jungen Kurpatienten.
Der deutsche Badelehrer 1978a, 69, 444-445, 521-523

DOUBRAWA,R.: Gesundheitsverhalten und Einstellung zur Gesundheitsvorsorge bei jungen Menschen.
Öffentliches Gesundheitswesen 1978b, 40, 84-93

DOUBRAWA,R.: Erkundungsstudie zu Rauchgewohnheiten, Persönlichkeitsmerkmalen, Raucher- und Nichtraucherimage bei jungen Frauen mit psychosomatischen Störungen.
Öffentliches Gesundheitswesen 1978c, 820-827

ECKERT,J.: Prozesse in der Gesprächspsychotherapie. Die Bedeutung subjektiver Erfahrungen von Klient und Psychotherapeut im Hinblick auf Therapieverlauf und Therapieerfolg.
Hamburg: Phil. Diss., 1974

ECKERT,J.: Zur Prognose von psychotherapeutischen Effekten bei unterschiedlichen Behandlungsmethoden; eine Darstellung der Probleme und ein Lösungsvorschlag.
Zeitschrift für Klinische Psychologie 1976, 5, 153-163

ECKERT,V.: Kommunikationstherapeutische Behandlung einer Herzphobie.
Partnerberatung 1977, 14, 42-44

ECKERT,J., SCHWARZT,H.J. und TAUSCH,R.: Klienten-Erfahrungen und Zusammenhang mit psychischen Änderungen in personenzentrierter Gesprächspsychotherapie.
Zeitschrift für Klinische Psychologie 1977, 6, 177-184

ECKSTEIN,D. u.a.: "Life style": What it is and how to do it.
Chicago: Alfred Adler Institute, 1975

ENGEL,G.: Psychische Verhalten in Gesundheit und Krankheit. Ein Lehrbuch für Ärzte, Psychologen und Studenten.
Bern: Huber, 1976

ENGEL,G.L.: Die Notwendigkeit eines neuen medizinischen Modells. Eine Herausforderung der Biomedizin.
In: KEUPP,H. (Hrsg.): Normalität und Abweichung. Fortsetzung einer notwendigen Kontroverse.
München: Urban und Schwarzenberg, 1979, 63-85

ENGELHARDT,H.T.Jr.: The concepts of health and disease.
In: ENGELHARDT,H.T.Jr., SPICKER,S.F. (Hrsg.): Philosophy and Medicine. Vol. 1.
Dordrecht: Reidel, 1974

ENGLER-HAMM,H.: Veränderungen der Reaktion auf einen Kaltreiz im Verlauf von Kneipp-Kuren, untersucht anhand von Meßgrößen der Thermoregulation und des Kreislaufs.
München: Med.Diss., 1971

ENKE,H.: Chancen des Kurwesens.
In: ENKE,H. und POHLMEIER,H. (Hrsg.): Psychosoziale Rehabilitation.
Stuttgart: Hippokrates, 1973, 141-146

ENKE,H.: Rehabilitation von seelisch Behinderten.
In: JOCHHEIM,K.-A. und SCHOLZ,J.F. (Hrsg.): Rehabilitation. Bd. III: Orthopädie, Traumatologie, Neurologie, Psychiatrie, Otorhinolarynologie, Ophthalmologie.
Stuttgart: Thieme, 1975, 231-249

ENKE-FERCHLAND,E.: Empirische Untersuchungen zum Verhalten und zur Befindlichkeit von Patienten während einer Kur.
In: ENKE,H. und MALZAHN,B. (Hrsg.): Klinische Rehabilitation.
Stuttgart: Hippokrates, 1970, 137-154

ENKE-FERCHLAND,E.: Patientengruppen - Sozialpsychologische Gesichtspunkte bei ihrer Zusammenstellung.
In: ENKE,H. und MALZAHN,B. (Hrsg.): Psychosoziale Rehabilitation.
Stuttgart: Hippokrates, 1973, 66-69

ENKE,H. und MALZAHN,B. (Hrsg.): Klinische Rehabilitation.
Stuttgart: Hippokrates, 1970

ENKE,H. und POHLMEIER,H. (Hrsg.): Psychosoziale Rehabilitation.
Stuttgart: Hippokrates, 1973

ERNST,H.: Primäre Prävention: Möglichketien und Grenzen einer Strategie.
In: SOMMER,G. und ERNST,H. (Hrsg.): Gemeindepsychologie. Therapie und Prävention in der sozialen Umwelt.
München: Urban und Schwarzenberg, 1977, 40-50

ESSER,P.: Erlebnisaktivierung in der Psychotherapie.
In: BOMMERT,H., DAHLHOFF,H.-D. (Hrsg.): Das Selbsterleben (Experiencing) in der Psychotherapie.
München: Urban und Schwarzenberg, 1977, 129-187

FAHRENBERG,J.: Körperlich-funktionelle Beschwerden und Persönlichkeitsmerkmale.
Der Nervenarzt 1969, 40, 111-116

FAHRENBERG,J.: Die Freiburger Beschwerdenliste FBL.
Zeitschrift für Klinische Psychologie 1975, 4, 79-100

FAHRENBERG,J., MYRTEK,M., MÜLLER,W., LAZARUS,H.: Beiträge zur psychophysiologischen Methodik, Konstitutionsforschung, Zeitreihenforschung.
Arbeitsbericht der Forschungsgruppe Psychophysiologie vom 1.4.1970 bis 1.10.1972.
Freiburg 1972

FAHRENBERG,J., KUHN,M., KULICK,B., MYRTEK,M.: Methodenentwicklung für psychologische Zeitreihenstudien.
Diagnostica 1977, 23, 15-36

FAHRENBERG,J., SELG,H., HAMPEL,R.: Das Freiburger Persönlichkeitsinventar FPI.
Göttingen: Hogrefe, 1978a, 3. Auflage

FAHRENBERG,J., MEDERT-DORNSCHEIDT,G., WITTMANN,W., KNOBLOCH,H.: Grundlagen einer Psychologischen Diagnostik- und Indikationshilfe im Hinblick auf die effektive Behandlung von Patienten mit Psychosomatischen Krankheiten oder Störungen in stationären Heilverfahren, insbesondere mit psychotherapeutischen Maßnahmen.
Wissenschaftl. Gutachten im Auftrag der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte Berlin. Unveröffentl. Freiburg 1978b

FEIEREIS,H.: Das autogene Training.
In: JORES,A. (Hrsg.): Praktische Psychosomatik.
Bern: Huber, 1976, 410-420

FEIEREIS,H.: Beurteilung von Heilverfahren aus klinischer, gerichtsärztlicher und psychosomatischer Sicht.
Öffentliches Gesundheitswesen 1977, 39, 203-213

FERBER,L.v.: Macht Arbeit krank?
Arbeit und Leistung 1972, 26, 257-264

FERBER,L.v.: Macht Arbeit krank? (Teil II) Entwicklung eines Kurfragebogens zur Ermittlung krankheitsbegünstigender Belastungen am Arbeitsplatz.
Arbeit und Leistung 1974, 28, 57-65

FERBER,L.v.: Kur und Rehabilitation.
In: BLOHMKE,M. u.a. (Hrsg.): Sozialmedizin in der Praxis.
Handbuch der Sozialmedizin. Bd. III.
Stuttgart: Enke, 1976, 676-699

FERSCHING, A.: Psychologische Untersuchungen über Zustandsänderungen von Kurpatienten im Verlauf eines vierwöchigen Kuraufenthaltes in dem LVA-Sanatorium Buching/Allg.
Unveröffentl. Diplomarbeit, Psychologisches Institut der Universität Freiburg, 1976

FERSCHING, A. und KURY, H.: Psychologische Untersuchungen zu Effekten einer vierwöchigen Heilmaßnahme.
Zeitschrift für Klinische Psychologie 1979, 8, 1-16

FERSTL, R.: Eßverhalten: Experimentelle Grundlagen und verhaltenstherapeutische Methoden.
München: Habilitationsschrift, 1977

FERSTL,R. und KRAEMER,S. (Hrsg.): Abhängigkeiten. Ansätze zur Verhaltensmodifikation.
München: Urban und Schwarzenberg, 1976

FESER,H.: Wirksamkeit der Aufklärung gegen Mißbrauch - empirische Befunde aus Erfolgskontrollen und Maßnahmen gegen das Rauchen.
In: KEUP,W. (Hrsg.): Mißbrauch chemischer Substanzen.
Hamm 1975

FESER,H.: Angewandte Prävention.
In: PONGRATZ,L.J. (Hrsg.): Klinische Psychologie. Handbuch der Psychologie. Bd. 8/2.
Göttingen: Hogrefe, 1978, 3208-3251

FICKER,J.: Längsschnittuntersuchungen bei Kneipp-Kuren in Bad Berleburg unter besonderer Berücksichtigung der Tageszeit.
Marburg: Med.Diss., 1973

FIEDLER,P.A.: Gesprächsführung bei verhaltenstherapeutischen Explorationen.
In: SCHULTE,D. (Hrsg.): Diagnostik in der Verhaltenstherapie.
München: Urban und Schwarzenberg, 1974, 128-151

FIETKAU,H.-J.: Die Einstellung in der Psychotherapie.
Salzburg: Müller, 1977

FISCHER,P., LUDWIG,R. und SCHMOOK,C.: Verhaltenstherapeutische Gruppentrainings zur Erhöhung sozialer Kompetenz bei beruflichen Rehabilitanden.
In: DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR VERHALTENSTHERAPIE e.V. (Hrsg.): Verhaltenstherapie - Praxis - Kongreßbericht Berlin 1976. Sonderheft II der "Mitteilungen der DGVT" 1977, 15-40

FLYNN,R.L.: Determinants of rehabilitationsrate: A causal analysis. Rehabilitation Counseling Bulletin 1975, 18, 181-191

FORDYCE,W.E.: Behavioral methods in rehabilitation.
In: NEFF,W.S. (Hrsg.): Rehabilitation psychology.
Washington: American Psychological Association, 1971

FORDYCE,W.E.: Treating chronic pain by contingency management.
In: BONICA,J.J. (Hrsg.): Advances in Neurology 1974, 4

FRANK,D.: Der subjektive Verlauf der aktivierenden Kneipp-Kurbehandlung und seine Abhängigkeit vom biologischen Jahresrhythmus. Zeitschrift für Physikalische Medizin 1974, 4, 177-194

FRANKE,K.: Zur Technik des Autogenen Trainings am Kurort. Zeitschrift für angewandte Bäder- und Klimaheilkunde 1974, 21, 129-134

FRANKS,C.M. und WILSON,G.T.: Annual review of behavior therapy - theory and practice - 1978.
New York: Bruner/Mazel Inc., 1979
Deutsch: DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR VERHALTENSTHERAPIE e.V. (Hrsg.): Jahresüberblick der Verhaltenstherapie 1978. Entwicklungen in Theorie, Forschung und Praxis.
Sonderheft III der "Mitteilungen der DGVT" 1979

FRESE,M.: Psychische Störungen bei Arbeitern. Zum Einfluß von gesellschaftlicher Stellung und Arbeitsplatzmerkmalen.
Salzburg: Müller, 1977

FRESE,M.: Partialisierte Handlung und Kontrolle: Zwei Themen der industriellen Psychopathologie.
In: FRESE,M., GREIF,S., SEMMER,N. (Hrsg.): Industrielle Psychopathologie.
Bern: Huber, 1978, 159-183

FRESE,M.: Industrielle Psychopathologie.
In: GROSSKURTH,P. (Hrsg.): Arbeit und Persönlichkeit: berufliche Sozialisation in der arbeitsteiligen Gesellschaft. Ergebnisse der Arbeitswissenschaft für Bildung, psychosoziale und gewerkschaftliche Praxis.
Reinbeck: Rowohlt, 1979, 47-72

FRESE,M., GREIF,S., SEMMER,N. (Hrsg.): Industrielle Psychopathologie.
Bern: Huber, 1978

FRESE,M. und MOHR,G.: Die psychopathologischen Folgen des Entzugs von Arbeit: Der Fall Arbeitslosigkeit.
In: FRESE,M., GREIF,S., SEMMER,N. (Hrsg.): Industrielle Psychopathologie.
Bern: Huber, 1978, 282-338

FREUD,S.: Gesammelte Werke. Bd. I und Bd. XIV.
London: Imago Publishing Comp. 1942

FREYBERGER,H.: "Symptom", "Konflikt" und "Persönlichkeit" in der Behandlung psychosomatischer Patienten.
Praxis der Psychotherapie 1976, 3, 121-131

FREYBERGER,H.: Klinische Psychosomatik.
Medizinische Klinik 1977, 72, 1098-1107

FREYTAG-LORINGHOFEN, W.D.v.: Praxis und Theorie der Gesundheitserziehung.
Gesundheitserziehung 1972, 2, 7-14

FRICK,E. und HÄFNER,H.: Zur Nosologie der sogenannten vegetativen Dystonie.
Deutsche medizinische Wochenschrift 1956, 31, 1231-1235

FRIEDRICH,D.: Über den Einfluß des körperlichen Trainings als zusätzliche Maßnahme im Rahmen der aktivierenden Kurbehandlung.
Marburg: Med.Diss., 1974

FÜRDERER,C.: Das Konzept Hypochondrie und Aspekte des Körpererlebens in der psychosomatischen Forschung.
Unveröffentl. Diplomarbeit, Psychologisches Institut der Universität Freiburg 1976

GARDELL,B.: Arbeitsgestaltung, intrinsische Arbeitszufriedenheit und Gesundheit.
In: FRESE,M., GREIF,S., SEMMER,N. (Hrsg.): Industrielle Psychopathologie.
Bern: Huber, 1978, 52-111

GARFIELD,S.L. und WOLPIN,M.: Expectations regarding psychotherapy.
Journal of Nervous and Mental Disease 1963, 137, 353-362

GARFIELD,S.R.:
In: Scientific American 1970, 222, 15-23.
Zit. nach WIEDEMANN,E.: Rehabilitation und Medizin.
In: AUGSBURGER,W. u.a. Rehabilitation. Praxis und Forschung.
Berlin: Springer, 1977, 11

GASSER,P.: Verlauf und Rhythmus einer vierwöchigen Kur in der Kurklinik in Bad Wörishofen.
München: Med.Diss., 1970

GAUS,E., WESTPHALE,C., BÖCK,D., KAGELMANN,J., SIMONS,C., KÖHLE,K.: Den Patienten ernst nehmen.
Psychologie heute 1978, 5, 65-72

GEHRKE,J.: Klinische Objektivierung des Kurerfolgs der internistischen Übungsbehandlung von Beckmann an 90 Sozialversicherten in Ohlstadt/Obb.
Würzburg: Med. Diss., 1970

GENDLIN,E.T.: Focusing.
Psychotherapy 1969, 6, 4-15

GENDLIN,E.T.: Client-centered and experential psychotherapy.
In: WEXLER,D.A., RICE,L.N. (Hrsg.): Innovations in clientcentered therapy.
New York 1974

GENDLIN,E.T.: Eine Theorie der Persönlichkeitsveränderung.
In: BOMMERT,H., DAHLHOFF,H.-D. (Hrsg.): Das Selbsterleben (Experiencing) in der Psychotherapie.
München: Urban und Schwarzenberg, 1978, 1-62

GERCKE,W.: Methodische Gesichtspunkte für eine Erfolgsbeurteilung der Heilmaßnahmen der Rentenversicherungsträger.
Deutsche Rentenversicherung 1965, 4, 226-237

GERCKE,W.: Soziale und psychische Faktoren bei der Durchführung von Gesundheitsmaßnahmen und Heilmaßnahmen der Rentenversicherungsträger.
In: ENKE,H. und MALZAHN,B. (Hrsg.): Klinische Rehabilitation.
Stuttgart: Hippokrates, 1970a, 70-85

GERCKE,W.: Gesundheits- und Heilmaßnahmen der Deutschen Rentenversicherung - Methodik und Erfolg.
In: ENKE,H. und MALZAHN,B. (Hrsg.): Klinische Rehabilitation.
Stuttgart: Hippokrates, 1970b, 28-32

GERCKE,W.: Sozialmedizinische Aspekte der Rehabilitation.
In: ENKE,H. und POHLMEIER,H. (Hrsg.): Psychosoziale Rehabilitation.
Stuttgart: Enke, 1973

GERCKE,W.: Zur Notwendigkeit, den Möglichkeiten und Grenzen von Forschungsvorhaben der Rentenversicherungsträger.
Deutsche Rentenversicherung 1976a, 15, 69-82

GERCKE,W.: Die Problematik stationärer und ambulanter Rehabilitationsmaßnahmen bei Frauen.
Öffentliches Gesundheitswesen 1976b, 38, 711-720

GERCKE,W. und GERCKE,L.D.: Trendanalysen zur künftigen Entwicklung der Rehabilitation.
Deutsche Rentenversicherung 1973, 12, 366-376

GLEISS,I.: Probleme und Perspektiven der sozialen Epidemiologie psychischer Störungen.
In: KEUPP,H. und ZAUMSEIL,M. (Hrsg.): Die gesellschaftliche Organisierung psychischen Leidens.
Frankfurt: Suhrkamp, 1978, 499-538

GLEISS,I.: Psychische Störungen als Bewegungsform des Subjekts.
In: KEUPP,H. (Hrsg.): Normalität und Abweichung. Fortsetzung einer notwendigen Kontroverse.
München: Urban und Schwarzenberg, 1979, 241-276

GÖLLNER,R.: Psychodiagnostische Untersuchungen bei stationären Kurpatienten unter besonderer Berücksichtigung neurotischer Tendenzen.
Freiburg: Phil.Diss., 1970a

GÖLLNER,R.: Neurotizismus bei Kurpatienten.
In: ENKE,H. und MALZAHN,B. (Hrsg.): Klinische Rehabilitation.
Stuttgart: Hippokrates, 1970b, 118-123

GÖLLNER,R.: Die Überprüfung von Kurerfolgen.
In: ENKE,H. und POHLMEIER,H. (Hrsg.): Psychosoziale Rehabilitation.
Stuttgart: Hippokrates, 1973, 99-109

GÖLLNER,R.: Ambulante und stationäre Psychotherapie.
Zeitschrift für Psychotherapie und medizinische Psychologie 1977, 27, 165-176

GOGSTAD,A.C. und KJELLMAN,A.M.: Rehabilitation prognosis related to clinical and social factors in brain injured of different etology.
Social Science and Medicine 1976, 10, 283-288

GOLDEN,C.J.: The role of the psychologist in the training of the neurologically impaired.
Professional Psychology 1976, 7, 579-584

GOLDSTEIN,A.P. und SIMONSON,N.R.: Social psychological approaches to psychotherapy research.
In: BERGIN,A., GARFIELD,S.: Handbook of psychotherapy and behavior change.
New York: Wiley, 1971, 154-195

GOVE,W.R. (Hrsg.): The labelling of deviance.
New York: Wiley & Sons, 1975

GRAUMANN,C.F., METRAUX,A.: Die Phänomenologische Orientierung in der Psychologie.
In: SCHNEEWIND,K.A. (Hrsg.): Wissenschaftstheoretische Grundlagen der Psychologie.
München: Reinhardt, 1977, 27-53

GRAWE,K.: Differentielle Psychotherapie I - Indikation und spezifische Wirkung von Verhaltenstherapie und Gesprächspsychotherapie. Eine Untersuchung an phobischen Patienten.
Bern: Huber, 1976

GRAWE,K.: Indikation in der Psychotherapie.
In: PONGRATZ,L.J. (Hrsg.): Klinische Psychologie. Handbuch der Psychologie. Bd. 8/2.
Göttingen: Hogrefe, 1978a, 1849-1883

GRAWE,K.: Verhaltenstherapeutische Gruppentherapie.
In: PONGRATZ,L.J. (Hrsg.): Klinische Psychologie. Handbuch der Psychologie. Bd. 8/2.
Göttingen: Hogrefe, 1978b, 2696-2724

GREIF,S.: Ansätze zur normativen Grundlegung der Psychologie.
In: ISELER,A. und PERREZ,M. (Hrsg.): Relevanz in der Psychologie. Zur Problematik von Relevanzbegriffen, -forderungen und -behauptungen.
München: Reinhardt, 1976, 80-138

GRINKER,R.R.: Psychosomatic concepts.
New York: Aronson, 1973

GROEN,J.J.: Psychosomatic research.
Oxford: Pergamon Press, 1964

GROEN,J.J.: The challende of the future: The prevention of psychosomatic disorders.
Psychotherapie and Psychosomatics 1974, 23, 283-303

GROMUS,B., GRUBE,G., HEDDRICH,M., KAHLKE,W., KOCH,U., RÜTHER,G., WILKE,H.: Erfahrungen mit einer interdisziplinären Behandlung der Adipositas - Modell einer Gruppentherapie.
Medizinische Psychologie 1978, 3

GROSSARTH-MATICEK,R.: Krankheit als Biographie. Ein medizinsoziologisches Modell der Entstehung und Therapie der Krebserkrankung.
Köln: Kiepenheuer und Witsch, 1979

GROSSKURTH,P. (Hrsg.): Arbeit und Persönlichkeit: Berufliche Sozialisation in der arbeitsteiligen Gesellschaft. Ergebnisse der Arbeitswissenschaft für Bildung, psychosoziale und gewerkschaftliche Praxis.
Reinbeck: Rowohlt, 1979

HACKER,W.: Allgemeine Arbeits- und Ingenieurpsychologie.
Berlin (DDR): Deutscher Verlag der Wissenschaften, 1973

HÄFNER,H., REIMANN,H., IMMICH,H., MARTINI,H.: Inzidenz seelischer Erkrankungen in Mannheim 1965.
Sozialpsychiatrie 1969, 4, 126-135

HALDER,P.: Verhaltenstherapie und Patientenerwartung.
Bern: Huber, 1977

HALHUBER,M.: Was soll das sein: eine Kur?
Heilbad und Kurort 1976, 28, 86-88

HALLWACHS,H., STOCKSMEIER,U.: Ergebnisse einer medizinischen leistungs- und persönlichkeitspsychologischen Langzeituntersuchung an Patienten des rheumatischen Formenkreises.
Deutsche Rentenversicherung 1975, 14, 27-38

HAMMER,O.: Psychotherapeutische, lernpsychologische und verhaltenstherapeutische Aspekte der Gesundheitserziehung und Gesundheitsbildung, dargestellt am Modell der Bad Nauheimer Raucherentwöhnungstherapie.
Heilbad und Kurort 1976, 28, 291-297

HAMMER,O., MAHR,H., DEMBROWSKI,U., SCHRÖDER,K.H.: Die Bad Nauheimer Kur.
Friedberg: Bindernagel, 1976

HAMPEL,R.: Entwicklung einer Selbsteinschätzungsskala zur Erfassung aktueller Stimmungen.
Freiburg: Phil.Diss., 1971

HAMPEL,R.: Adjektiv-Skalen zur Einschätzung der Stimmung (SES).
Diagnostica 1977, 23, 43-60

HAMPEL,R.: Zur Langzeit-Stabilität des Freiburger Persönlichkeitsinventars - Ergebnisse einer Zwei-Jahres-Retestuntersuchung -
Diagnostica 1978, 24, 235-241

HARRER,G.: Psychovegetative Störungen bei Konfliktsituationen.
Medizinische Welt 1974, 25, 303-305

HARRER,G.: Die Behandlung der psychovegetativen Allgemeinstörungen.
Medizinische Welt 1977, 28, 226-229

HARTIG,M.: Die Anwendung von Techniken der Selbstkontrolle in der Verhaltenstherapie.
In: KRAIKER,Ch. (Hrsg.): Handbuch der Verhaltenstherapie.
München: Kindler, 1974, 325-350

HARTIG,M.: Probleme und Methoden der Psychotherapieforschung.
München: Urban und Schwarzenberg, 1975

HAUTZINGER,M.: Therapie bei Übergewicht.
Therapie der Gegenwart 1978, 117, 604-638

HAUTZINGER,M. und KAUL,S.: Effektivitätsprüfung und Effektivitätsvergleich verschiedener Selbstkontrolltechniken - anhand eines Gewichtsreduktionsprogramms.
In: DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR VERHALTENSTHERAPIE e.V. (Hrsg.): Verhaltenstherapie-Praxis-Kongreßbericht Berlin 1976.
Sonderheft II der "Mitteilungen der DGVT" 1977, 87-100

HAWKINS,N.G., DAVIES,R. und HOLMES,T.H.: Evidence of psychosocial factors in the development of pulmonary tuberculosis.
American Review of Tubercul.
Pulmon. Dis. 1957, 57, 768-780

HEIGL,F.: Indikation zur Psychotherapie.
Nervenarzt 1976, 47, 217-224

HEINE,R.W. und TROSMAN,H.: Initial expectations of the doctor-patient interaction as a factor in the continuance of psychotherapy.
Psychiatry 1960, 23, 275-278

HEINRICH,P., HEINRICH-EVERS,S.: Klinisch-psychologische und sozialpsychologische Aufgaben im Heilbad bzw. Kurort. Zum Berufsbild eines Kurpsychologen.
Zeitschrift für angewandte Bäder- und Klimaheilkunde 1972, 19, 2025-2031

HELM,J. (Hrsg.): Psychotherapieforschung. Fragen, Versuche, Fakten.
Berlin: VEB Deutscher Verlag der Wissenschaften, 1972

HELM,J., KASIELKE,E. und MEHL,J.: Neurosendiagnostik. Beiträge zur Entwicklung klinisch-psychologischer Methoden.
Berlin: VEB Deutscher Verlag der Wissenschaften, 1974

HENKEL,D. und ROER,D.: Häufigkeit, Sozialverteilung und Verursachung psychischer Störungen in der BRD.
In: HAUG,W.F. (Hrsg.): Lohnarbeit, Staat, Gesundheitswesen.
Karlsruhe: Argument-Verlag, 1976, 148-189

HENRICH, G., JONG,R.de, MAI,N. und REVENSTORF,D.: Aspekte des therapeutischen Klimas - Entwicklung eines Fragebogens.
Zeitschrift für Klinische Psychologie 1979, 8, 41-55

HERRMANN,M.: Kreislaufumstellungen während der aktivierenden Kurbehandlung im Kneipp-Heilbad.
Marburg: Med.Diss., 1973

HERRMANN,T.: Die Psychologie und ihre Forschungsprogramme.
Göttingen: Hogrefe, 1976

HILDEBRANDT,G.: Die rhythmische Funktionsordnung von Puls und Atmung. Zeitschrift für angewandte Bäder- und Klimaheilkunde 1960, 7, 533-615

HILDEBRANDT,G.: Störungen der rhythmischen Koordination und ihre balneotherapeutische Beeinflussung. Zeitschrift für angewandte Bäder- und Klimaheilkunde 1963, 10, 402-420

HILL,O. (Hrsg.): Modern trends in psychosomatic medicine. London: Butterworth, 1976

HINK,U.: Aufgaben des Psychologen. In: DEUTSCHE AKADEMIE FÜR MEDIZINISCHE FORTBILDUNG KASSEL (Hrsg.): Rehabilitation Leistungsgeminderter ohne sichtbare Organschädigung. Kongreßbericht Kassel 1972. Stuttgart: Thieme, 1973, 44-45

HÖFNER,E.: Persönlichkeitsstruktur und Arbeitszufriedenheit. Eine Untersuchung an mittleren Führungskräften. München: tuduv, 1975

HÖFT,H.: Entwicklung und Praxis der Heilverfahren in Deutschland. Vortrag vor der Verwaltungskommission der Europäischen Gemeinschaften für die soziale Sicherheit der Wanderarbeitnehmer. Seminar über die soziale Sicherheit der Wanderarbeitnehmer 1.-5.10.1973

HÖFT,H.: Kurklinik Buching der Landesversicherungsanstalt Schwaben, 8959 Buching. Lage, Kurplan, Indikationen, Kontraindikationen. Buching: Manuskript der LVA-Kurklinik, 1976

HÖÖK,O.: Neuropsychological aspects of motivation. Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine 1976, 8, 97-106

HOFFMEISTER,H. und JUNGE,B.: Vergleichende Betrachtung der Kostenentwicklung für die medizinische Versorgung und der Entwicklung bedeutsamer Krankheiten und Gesundheitsindikatoren. Öffentliches Gesundheitswesen 1976, 38, 799-811

HONSBERGER,R. und WILSON,A.F.: Transcendental meditation in treating asthma. Respiratory Therapy: Journal of Inhalation Technology 1973, 3, 79-81

HURST,M.W., JENKINS,C.D., ROSE,R.M.: The assessment of life change stress: A comparative and methodological inquiry. Psychosomatic Medicine 1978, 40, 126-141

INCE,L.P.: The rehabilitation medicine services. Springfield: Thomas, 1974

INCE,L.P.: Behavior modification in rehabilitation medicine. Springfield: Thomas, 1976

ISELER,A.: Der Relevanzbegriff und die Relevanzbegriffe: Versuch einer Explikation. In: ISELER,A. und PERREZ,M. (Hrsg.): Relevanz in der Psychologie. Zur Problematik von Relevanzbegriffen, -forderungen und -behauptungen. München: Reinhardt, 1976, 11-53

ISELER,A. und PERREZ,M. (Hrsg.): Relevanz in der Psychologie. Zur Problematik von Relevanzbegriffen, -forderungen und -behauptungen.
München, Basel: Reinhardt, 1976

JACOBI,B., JACOBI,P. und LOMETSCH,A.: Zur Indikation von Gesprächspsychotherapie bei psychosomatischen Kranken. (Forschungsprojekt, in der Planung).
GwG-info. Informationsblätter der Gesellschaft für Wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie 1975, 23, 24-25

JANKE,W. und DEBUS,G.: Die Eigenschaftswörterliste (E-W-L).
Göttingen: Hogrefe, 1978

JANKOWSKI,P.: Diagnostik in der Erziehungs- und Familienberatung.
In: PONGRATZ,L.J. (Hrsg.): Klinische Psychologie. Handbuch der Psychologie, Bd. 8/2.
Göttingen: Hogrefe, 1978, 1726-1755

JANKOWSKI,P., TSCHEULIN,D., FIETKAU,H.J. und MANN,F. (Hrsg.): Klientenzentrierte Psychotherapie heute.
Göttingen: Hogrefe, 1976

JANTZ,K. und ZWENG,H.: Kommentar zu den Gesetzen zur Neuregelung des Rechtes der Rentenversicherung der Arbeiter und der Rentenversicherung der Angestellten.
Stuttgart: Kohlhammer, 1957f.

JOCHHEIM,K. und SCHOLZ,J.F. (Hrsg.): Rehabilitation. Bd. I-III.
Stuttgart: Thieme, 1975

JOKUSCH,U., FERSTL,R., SCHATTNER,H. und BRENGELMANN,J.C.: Die Behandlung des Übergewichts mit Hilfe der Selbstkontrollmethode. Ein experimenteller Vergleich zwischen Kontakt- und Brieftherapie.
Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 1974

JORASCHKY,P. und KÖHLE,K.: Maladaption und Krankheitsmanifestation. Das Streßkonzept in der psychomatischen Medizin.
In: UEXKÜLL,Th.v. (Hrsg.): Lehrbuch der Psychosomatischen Medizin.
München: Urban und Schwarzenberg, 1979, 170-202

JORES,A.: Der Kranke mit psychovegetativen Störungen.
Göttingen: Vandenhoeck und Rupprecht, 1973

JORES,A. (Hrsg.): Praktische Psychosomatik.
Bern: Huber, 1976a

JORES,A.: Psychovegetative Störungen.
In: JORES,A. (Hrsg.): Praktische Psychosomatik.
Bern: Huber, 1976b, 92-99

JORES,A.: Am Symptom orientierte Gesprächspsychotherapie.
In: JORES,A. (Hrsg.): Praktische Psychosomatik.
Bern: Huber, 1976c, 440-444

JUNA,K.: Die Persönlichkeit mit ihrem Einfluß auf die Heilung beim Lungentuberkulösen. Ein Versuch zur testmäßigen Trennung von Patienten mit positivem und negativem Heilerfolg.
Zeitschrift für Klinische Psychologie 1976, 5, 124-145

KAGAN,A.R.: Background, objectives, definitions and problems.
In: LEVI,L. (Hrsg.): Society stress and disease. Vol. 3: The productive and reproductive age.
Oxford: University Press, 1978a, 3-7

KAGAN,A.R.: Pathogenetic aspects of sex roles and relationships: epidemiological considerations.
In: LEVI,L. (Hrsg.): Society stress and disease. Vol. 3: The productive and reproductive age.
Oxford: University Press, 1978b, 143-148

KAGAN,A.R. und LEVI,L.: Health and environment - psychsocial stimuli: A review.
Social Science and Medicine 1974, 8, 225-241

KAISER,P.E.: Kompetenzepidemiologie - Überlegungen zu einer Epidemiologie psychosozialer Fertigkeiten.
In: SOMMER,G. und ERNST,H. (Hrsg.): Gemeindepsychologie. Therapie und Prävention in der sozialen Umwelt.
München: Urban und Schwarzenberg, 1977, 99-117

KALINOWSKI,M., SNARSKI,B.: Einfluß der Kurortbehandlung auf die Erhaltung der Leistungsfähigkeit der alternden Menschen.
Zeitschrift für Meteorologie 1959, 13, 1-6

KASL,S.V.: Social-psychological characteristics associated with behaviors wich reduce cardiovascular risk.
In: ENELOW,A.J. und HENDERSON,J.B. (Hrsg.): Applying behavioral science to cardiovascular risk.
San Francisco: American Heart Association, 1975

KATSCHNIG,H. (Hrsg.): Sozialer Streß und psychische Erkrankung. Lebensveränderte Ereignisse als Ursache seelischer Störungen.
München: Urban und Schwarzenberg, 1980

KATSCHNIG,H., STEINERT,H.: Zur administrativen Epidemiologie soziopathischer Handlungen.
In: STROTZKA,H. (Hrsg.): Neurose, Charakter, soziale Umwelt.
München: Kindler, 1973

KATSCHNIG,H. und STROTZKA,H.: Epidemiologie der Neurosen und psychosomatischen Störungen.
In: BLOHMKE,M. u.a. (Hrsg.): Epidemiologie und präventive Medizin. Handbuch der Sozialmedizin. Bd. II.
Stuttgart: Enke, 1977, 272-309

KATZ,R.C. und ZLUTNICK,S. (Hrsg.): Behavior therapy and health care: Principles and applications.
New York: Pergamon, 1975

KATZENSTEIN,P. und PRESBER,K.: Aufgaben des Psychologen in der Rehabilitation (Eine Empfehlung).
Zeitschrift für ärztliche Fortbildung 1975, 69, 1299-1300

KAUFMANN,F.W.: Aktuelle Problematik bei Heilverfahren in Kurorten. Die Heilbehandlungen der Rentenversicherung wegen allgemeiner Leiden aus der Sicht der Statistik.
Zeitschrift für angewandte Bäder- und Klimaheilkunde 1975, 22, 177-210

KAUFMANN,W.: Ergebnisse katamnestischer Erhebungen nach medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen der Rentenversicherungsträger.
Deutsche Rentenversicherung 1976, 15, 99-123

KAUL,S. und HAUTZINGER,M.: Ein verhaltenstherapeutisches Trainingsprogramm zur langfristigen Gewichtsreduktion.
In: DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR VERHALTENSTHERAPIE e.V. (Hrsg.): Verhaltenstherapie - Praxis - Kongreßbericht Berlin 1976.
Sonderheft II der "Mitteilungen der DGVT" 1977, 101-112

KELEMAN,S.: Sexuality, self and survival.
San Francisco 1971

KELLEY,C.R.: Education in feeling and purpose.
Santa Monica 1970

KELLNER,R.: Psychotherapy in psychosomatic disorders: A survey of controlled studies.
Archives of General Psychiatry 1975, 32, 1021-1028

KERTESZ,R.: Gestalt therapy and transactional analysis as new methods for the treatment of psychosomatic ailments.
Psychotherapy and Psychosomatics 1973, 22, 334-340

KEUPP,H.: Psychische Störungen als abweichendes Verhalten.
München: Urban und Schwarzenberg, 1972

KEUPP,H. (Hrsg.): Verhaltensstörungen und Sozialstruktur.
München: Urban und Schwarzenberg, 1974

KEUPP,H.: Modellvorstellungen von Verhaltensstörungen.
In: KRAIKER,Ch. (Hrsg.): Handbuch der Verhaltenstherapie.
München: Kindler 1974, 117-148

KEUPP,H.: Psychische Störung: Krankheit oder abweichendes Verhalten?
In: REIMANN,H. und H. (Hrsg.): Psychische Störungen.
München: Goldmann, 1975, 11-33

KEUPP,H.: Abweichung und Alltagsroutine.
Die Labeling-Perspektive in Theorie und Praxis.
Hamburg: Hoffmann und Campe, 1976

KEUPP,H. (Hrsg.): Normalität und Abweichung.
Fortsetzung einer notwendigen Kontroverse.
München: Urban und Schwarzenberg 1979a

KEUPP,H.: Einleitung: Die Kontroverse um das richtige Verständnis von psychischer Störung und Normalität.
In: KEUPP,H. (Hrsg.): Normalität und Abweichung. Fortsetzung einer notwendigen Kontroverse.
München: Urban und Schwarzenberg, 1979b, 1-15

KEUPP,H. und ZAUMSEIL,M. (Hrsg.): Die gesellschaftliche Organisierung psychischen Leidens.
Frankfurt: Suhrkamp, 1978

KIESLER,D.J.: Basic methodologic issues implicit in psychotherapy process research.
American Journal of Psychotherapy research 1966, 20, 135-155

KIESLER,D.J.: Experimental design in psychotherapy research.
In: BERGIN,A.E., GARFIELD,S.L. (Hrsg.): Handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical analysis.
New York: Wiley, 1971

KIJANSKI,H.D.: Einige Gedanken zur Arbeit des Psychologen im Heilbad und Kurort.
Zeitschrift für das gesamte Bäderwesen 1973, 25, 232-236

KIJANSKI,H.D.: Die Grundlagen des Gesundheitstrainings in den Kliniken der BfA.
Vortrag vor den leitenden Ärzten der BfA 1975

KIJANSKI,H.D.: Gesundheitserziehung: Ein Kampf gegen das Risikoverhalten.
Heilbad und Kurort 1976, 28, 298-301

KIMMEL,H.D.: Instrumental conditioning of autonomically mediated responses in human beings.
American Psychologist 1974, 29, 325-335

KING,L.M.: Social and cultural influences on psychopathology.
Annual Review of Psychology 1978, 29, 405-433

KIRSCHNER,Ch.: Wesen und Grenzen der aktiven Kur.
Heilbad und Kurort 1973, 25, 75-80

KIRSCHNER,Ch.: Der Kurpatient und seine Konflikte.
Heilbad und Kurort 1974, 26, 122-126

KIRSCHNER,Ch.: Strukturprobleme der Gesundheitserziehung während der Kur.
Heilbad und Kurort 1975, 27, 180-184

KITTEL,I.-W.: Theorie - Mittel zur Planung unseres Handelns.
In: DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR VERHALTENSTHERAPIE e.V. (Hrsg.): Verhaltenstherapie - Theorie - Kongreßbericht Berlin 1976.
Sonderheft I der "Mitteilungen der DGVT" 1977, 18-50

KLEIN,K. und HÜSGEN,H.-A.: Gesundheitsbildung als Element lebensbegleitender individueller Gesundheitssicherung.
Kurkurier Bad Oeynhausen 1975, 1

KLEINERT,E.: Bericht über den Stand der Arbeiten zur Gesundheitserziehung.
Heilbad und Kurort 1975, 27, 364-367

KLEINSCHMIDT,Th.: Probleme in der sozialen Balneologie.
Rehabilitation 1972, 11, 129-138

KLEINSCHMIDT,Th.: Praxis der Gesundheitserziehung und Verhaltenstherapie während der Kur.
Heilbad und Kurort 1975, 27, 184-188

KLINGER,W.: Ein Beitrag zur Frage der Kurerfolgsbeurteilung.
Ärztliche Fortbildung 1965, 59, 318-321

KNAPP,F.: Rehabilitation und Psychologie.
In: AUGSBURGER,W. u.a.: Rehabilitation. Praxis und Forschung.
Berlin: Springer, 1977, 16-29

KÖHLE,K., BÖCK,D., GRAUHAN,A.: Die internistisch-psychosomatische Krankenstation. Ein Werkstattbericht.
Basel: Rocom, 1977

KOOS,E.L.: The health of regionville. What the people thought and did about it.
New York: Columbia University, 1954

KORNHAUSER,A.: Mental health of the industrial worker.
New York: Wiley, 1965

KRAUFT,C. und BOLTON,B.: Client-reported psychological status and rehabilitation success.
Rehabilitation Counseling Bulletin 1976, 19, 500-503

KRAUSE,R., EBERT,B., CZESCHICK,E.R. und MÜLLER,K.: Ein verhaltenstherapeutisches Gruppenkonzept: Behandlung psychosomatischer Störungen.
Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie 1977, 25, 64-79

KROPF,D.: Grundprobleme der Gesprächspsychotherapie.
Göttingen: Hogrefe, 1976

KUHN,M.: Entwicklung einer Testbatterie für psychophysiologische Längsschnittstudien.
Freiburg: Phil.Diss., 1972

KULICK,B.: Erfahrungen mit Zeitreihen. Eine psychophysiologische Zeitreihenstudie an 20 Versuchspersonen über 9 Wochen.
Freiburg: Phil.Diss., 1974

KULPE,W.: Kur und Kurerfolg.
Heilbad und Kurort 1975, 27, 262-267

KURY,H.: Das Buchinger Persönlichkeitsinventar BPI.
Vorläufige Handanweisung. Unveröffentlicht.
Freiburg, 1974

KURY,H.: Kreuzvalidierung der Freiburger Beschwerdenliste (FBL-W).
Zeitschrift für Klinische Psychologie 1977, 6, 203-217

KURY,H. und FERSCHING,A.: Aufgaben und Probleme der rehabilitationspsychologischen Forschung.
Psychologische Rundschau 1978, 29, 253-276

KUTNER,B.: Milieu Therapy.
In: MARINELLI,R.P., DELL ORTO,A.E. (Hrsg.): The psychological and social impact of physical disability.
New York: Springer, 1977, 334-341

LACHMAN,S.J.: Psychosomatic disorders: A behavioristic interpretation.
New York: Wiley, 1972

LA DOU,J.N., SHERWOOD,L.: Health hazard appraisal in patient counseling.
Western Journal of Medicine 1975, 122, 177-180

LANDO,H.A.: Successful treatment of smokers with a broad-spectrum behavioral approach.
Journal of Consulting and Clinical Psychology 1977, 45, 361-366

LANGEN,D.: Möglichkeiten einer Hypnosetherapie unter gleichzeitiger Berücksichtigung der Selbstversenkungsmethoden.
In: PONGRATZ,L.J. (Hrsg.): Klinische Psychologie. Handbuch der Psychologie. Bd. 8/2.
Göttingen: Hogrefe, 1978, 2144-2160

LANGENMAYR,A.: Familienkonstellation, Persönlichkeitsentwicklung, Neurosenentstehung.
Göttingen: Hogrefe, 1978

LANGENMAYR,A.: Krankheit als psychosoziales Phänomen.
Göttingen: Hogrefe, 1980

LANGOSCH,W.: Beiträge zu einer Diagnostik psychophysiologischer Reaktivität bei Herzinfarkt-Patienten.
Freiburg: Phil.Diss., 1977

LASKY,R.G., DELL ORTO,A.E., MARINELLI,R.P.: Structured experiential therapy: A group approach to rehabilitation.
In: MARINELLI,R.P., DELL ORTO,A.E. (Hrsg.): The psychological and social impact of physical disability.
New York: Springer, 1977, 319-333

LAUCKEN,U.: Naive Verhaltenstheorie.
Stuttgart: Klett, 1974

LAZARUS,R.S.: Psychological stress and the coping process.
New York: McGraw Hill, 1966

LAZARUS,A.A.: Multimodal behavior therapy.
New York: Springer, 1976
Deutsch: Multimodale Verhaltenstherapie.
Frankfurt: Fachbuchhandlung für Psychologie, 1978

LEGEWIE,H. und NUSSELT, N. (Hrsg.): Biofeedback-Therapie. Lernmethoden in der Psychosomatik, Neurologie und Rehabilitation.
München: Urban und Schwarzenberg, 1975

LEPPER,M.: Integration psychotherapeutischer Verfahren in die medizinische Rehabilitation.
Allgemeine Therapeutik 1969, 516, 110-114

LEPPER,M.: Die Psychotherapie an einer Rehabilitationsklinik für Herzkranke.
In: HALHUBER,M.J., MILZ,H.P. (Hrsg.): Praktische Präventiv-Kardiologie.
München: Urban und Schwarzenberg, 1972, 173-200

LERNER,B.: Therapy in the ghetto.
Baltimore 1972

LERNER,B. und FISKE,D.W.: Client factors and the eye of the beholder.
Journal of Consulting Clinical Psychology 1973, 40, 272-277

LEVI,L.: Stress and distress in response to psychosocial stimuli.
Oxford: Pergamon Press, 1972

LEVI,L. (Hrsg.): Society, stress and disease.
Vol.3: The productive and reproductive age.
Oxford: Univ. Press, 1978

LIEBHART,E.H.: Attributionstherapie.
Zeitschrift für Klinische Psychologie 1976, 5, 287-306

LIEBHART,E.H.: Therapie als kognitiver Prozeß.
In: PONGRATZ,L.J. (Hrsg.): Klinische Psychologie. Handbuch der Psychologie. Bd. 8/2.
Göttingen: Hogrefe, 1978a, 1785-1819

LIEBHART,E.H.: Post hoc, propter hoc: Intuitive Einschätzung der Wirksamkeit dreier Therapien.
Zeitschrift für Klinische Psychologie 1978b, 7, 172-185

LIENERT,G.A.: Testaufbau und Testanalyse.
Weinheim: Beltz, 1969

LINDEN,M.: Der Versuch einer verhaltenstherapeutischen Heuristik: Prinzipien verhaltenstherapeutischen Denkens in Therapiezielbestimmung und Therapiedurchführung.
In: DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR VERHALTENSTHERAPIE e.V. (Hrsg.): Verhaltenstherapie - Theorie - Kongreßbericht Berlin 1976.
Sonderheft I der "Mitteilungen der DGVT" 1977, 79-85

LINN,L.: Basic principles of management in psychosomatic medicine.
In: WITTKOWER,E.D., WARNES,W. (Hrsg.): Psychosomatic medicine. Its clinical applications.
Hagerstown: Harper and Row, 1977, 2-14

LIPOWSKI,Z.J.: Psychosomatic medicine: An overview.
In: HILL,O. (Hrsg.): Modern trends in psychosomatic medicine.
London: Butterworth, 1976, 1-20

LIPOWSKI,Z.J.: Psychosomatic medicine in the seventies: An overview.
The American Journal of Psychiatry 1977, 134, 233-244

LOCH,W. (Hrsg.): Die Krankheitslehre der Psychoanalyse.
Eine Einführung.
Stuttgart: Hirzel, 1971, 2. Auflage

LOHMANN,H.: Krankheit oder Entfremdung? Psychische Probleme in der Überflußgesellschaft.
Stuttgart: Thieme, 1978

LOHMANN,R.: Suggestive und übende Verfahren.
In: UEXKÜLL,Th.v. (Hrsg.): Lehrbuch der Psychosomatischen Medizin.
München: Urban und Schwarzenberg 1979, 408-424

LOWEN,A.: The language of the body.
New York 1971

LOWEN,A.: Bioenergetik. Der Körper als Retter der Seele.
Bern: Huber, 1976

LUBAN-PLOZZA,B., PÖLDINGER,W.: Der psychosomatisch Kranke in der Praxis. Erkenntnisse und Erfahrungen.
Berlin: Springer, 1977, 3. Auflage

LUTHE,W., BLUMBERGER,S.R.: Autogenic therapy.
In: WITTKOWER,E.D., WARNES,W. (Hrsg.): Psychosomatic medicine. Its clinical applications.
Hagerstown: Harper and Row, 1977, 146-165

MÄURER,H.Ch.: Psychosomatik und medizinische Technik - Erwägungen zur Zusammensetzung des Krankenguts für Heilverfahren.
In: ENKE,H. und POHLMEIER,H. (Hrsg.): Psychosoziale Rehabilitation.
Stuttgart: Hippokrates, 1973, 60-66

MAGYAROSY,I.: Kureffekte,dargestellt an Längsschnittuntersuchungen in bayrischen Heilbädern.
Zeitschrift für angewandte Bäder- und Klimaheilkunde 1977, 24, 306-310

MALCHOW,C.P. und SOMMER,G.: Das Gesundheitssystem in der BRD - Gegenwärtige Strukturen und Perspektiven möglicher Veränderungen.
In: SOMMER,G. und ERNST,H. (Hrsg.): Gemeindepsychologie: Therapie und Prävention in der sozialen Umwelt.
München: Urban und Schwarzenberg, 1977, 24-38

MAHONEY,M.J.: Kognitive Verhaltenstherapie.
Neue Entwicklungen und Integrationsschritte.
München: Pfeiffer, 1977

MALTZMANN,I.: Comments on conditioning and psychopathology.
In: KIETZMANN,M.L., SUTTON,S. und ZUBIN,J.: Experimental approaches to psychopathology.
New York: Academic Press, 1975

MARINELLI,R.P.,DELL ORTO,A.E. (Hrsg.): The psychological and social impact of physical disability.
New York: Springer, 1977

MARTIN,D.G.: Learning-based client-centered therapy.
Belmont: Brooks/Cole Publ. Comp., 1972
Deutsch: Gesprächs-Psychotherapie als Lernprozeß.
Salzburg: Müller, 1975

MARTY,P.: La relation objectale allergique. Revue francaise de psychoanalyse 1958, 22, 5-35
Deutsch: Die allergische Objektbeziehung .
In: BREDE,K. (Hrsg.): Einführung in die Psychosomatische Medizin. Klinische und theoretische Beiträge.
Frankfurt: Athenäum Fischer, 1974, 420-445

MARTY,P., DE M'UZAN,M.: La pensee opératoire.
Rev. franc. Psychanal. Puppl. 1963, 1345-1356

MASLOW,A.H.: Motivation and personality.
New York: Harper, 1954

MASUDA,M. und HOLMES,T.H.: The social readjustment rating scale: A cross-cultural study of Japanese and Americans.
Journal of Psychosomatic Research, 1967, 11, 227-237

MATTEJAT,F. und BRUMM,J.: Kommunikationspsychologische Grundlagen. In: PONGRATZ,L.J. (Hrsg.): Klinische Psychologie. Handbuch der Psychologie. Bd. 8/1. Göttingen: Hogrefe, 1977, 713-843

Mc ALISTER, FARQUHAR,J., THORESEN,C. und MACCOBY,N.: Behavioral science applied to cardiovascular health: A survey of progress in the modification of risk-taking habits in adult populations. Stanford University 1975

MECHANIC,D.: Sociocultural and socialpsychological factors affecting personal responses to psychological disorder. Journal of Health and Social Behavior 1975, 16, 393-404

MECHANIC,D.: Illness behavior, social adaption and the management of illness. Journal Nervous and Mental Disease 1977, 165, 79-87

MEDERT-DORNSCHEIDT,G.: Psychophysiologische Korrelationen bei kardiovaskulären Erkrankungen und ihre Bedeutung für den Rehabilitationsverlauf. Eine Untersuchung an 210 Patienten einer Herz-Kreislauf-Klinik unter Berücksichtigung klinisch-physiologischer, psychologischer und soziologischer Befunde. Freiburg: Phil.Diss. 1975

MEDERT-DORNSCHEIDT,G.: Zur Psychophysiologischen Schmerzforschung. Medizinische Psychologie 1978, 4, 1-31

MEDERT-DORNSCHEIDT,G., MYRTEK,M., KÖNIG,K., FAHRENBERG,J., BRUSIS,O.A.: Kardiologische Rehabilitation aus psychologischer Sicht - Eine multivariate Studie an 210 Patienten. Innere Medizin 1976, 3, 146-159

MEDERT-DORNSCHEIDT,G., MYRTEK,M.: Ergebnisse einer Zwei-Jahres-Katamnese an Herz-Kreislauf-Kranken nach einem Heilverfahren. Die Rehabilitation 1977, 16, 207-217

MEHNERT,C.: Konstruktion eines Fragebogens zur Erfassung von Änderungen bei Klienten nach Gesprächspsychotherapie. Unveröffentl. Diplomarbeit Hamburg 1969

MEISLIN,J.: Rehabilitation medicine and psychiatry. Springfield: Thomas, 1976

MEISSNER,W.W.: Family process and psychosomatic disease. International Journal of Psychiatry Medicine 1974, 5, 411-430

MELTZOFF,J. und KORNREICH,M.: Research in psychotherapy. New York: Atherton Press, 1970

MENTZEL,G.: Zur gezielten Kurztherapie bei funktionellen Erkrankungen. Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse 1969, 15, 37-44

MENTZEL,G.: Zur Psychodynamik psychovegetativer Störungen. Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse 1976, 22, 250-266

MENTZEL,G.: Die psychovegetativen Störungen im Diagnosenschlüssel der Weltgesundheitsorganisation.
Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse 1978, 24, 3-16

MENTZEL,Ch., MENTZEL,G.: Die Patienten der psychosomatischen Kurklinik.
Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse 1977, 23, 56-72

MERZ,F.: Geschlechtsunterschiede und ihre Entwicklung.
Göttingen: Hogrefe, 1979

MILLER,N.E.: Biofeedback and visceral learning.
Annual Review of Psychology 1978, 29

MILLER,P.McC.: Problembewältigungsverhalten (Coping).
In: KATSCHNIG,H. (Hrsg.): Sozialer Streß und psychische Erkrankung. Lebensverändernde Ereignisse als Ursache seelischer Störungen.
München: Urban und Schwarzenberg, 1980, 250-261

MILLER,G.A., GALANTER,E., PRIBRAM,K.H.: Strategien des Handelns. Pläne und Strukturen des Verhaltens.
Stuttgart: Klett, 1973

MINUCHIN,S.: Families and Family Therapy.
Cambridge: Harvard Univ. Press, 1974
Deutsch: Familien und Familientherapie.
Freiburg: Lambertus, 1977

MINUCHIN,S.: A conceptual model of psychosomatic illness in children: Family organization and family therapy.
In: WITTKOWER,E.D. und WARNES,H. (Hrsg.): Psychosomatic medicine. Its clinical applications.
Hagerstown: Harper & Row, 1977, 116-128

MITCHELL,K.R.: The treatment of migraine: An exploratory application of time limited behavior therapy.
Technology 1969, 14, 50

MITCHELL,K.R. und MITCHELL,D.M.: Migraine: An exploratory treatment application of programmed behavior therapy techniques.
Journal of Psychosomatic Research 1971, 15, 137-157

MITSCHERLICH,A.: Krankheit als Konflikt. Vol. 1-2.
Frankfurt: Suhrkamp, 1956

MITSCHERLICH,A.: Anmerkungen über die Chronifizierung psychosomatischen Geschehens.
Psyche 1961, XV

MOHN,E.: Die Kur als Psycho-Streß.
Psychologie heute 1978, 5, 49-51

MONTAZEM,A.: Veränderungen der Grundstimmung und der seelischen Befindenssituation von Kurpatienten während eines vierwöchigen Heilverfahrens.
München: Med.Diss., 1973

MOOS,R.H.: Ward Atmosphere Scale.
Palo Alto/California 1974

MORRIS,A.F.: Biofeedback comes of age.
American Corrective Therapy Journal 1976, 30, 35-40

MYRTEK,M.: Ergebnisse der psychosomatischen Korrelationsforschung.
Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie 1975, 23, 316-330

NEFF,W.S. (Hrsg.): Rehabilitation psychology.
Washington: American Psychological Association, 1971

NEUBERGER,O.: Messung der Arbeitszufriedenheit.
Stuttgart: Kohlhammer, 1974

NEUBERGER,O.: Theorien der Arbeitszufriedenheit.
Stuttgart: Kohlhammer, 1974

NIE,N.H., BENT,D.H., HULL,C.H.: SPSS Statistical Package for the Social Sciences.
McGraw Hill 1975

NITSCH,S.: Gesprächstherapie und Entspannungstechniken als psychotherapeutische Hilfen.
In: JOCHHEIM,K.-A. und SCHOLZ,J.F. (Hrsg.): Rehabilitation.
Bd. I: Gesetzliche Grundlagen, Methoden und Maßnahmen.
Stuttgart: Thieme 1975, 104-122

ORENDI,B.: Fehlzeiten und Krankheitsverhalten.
In: FRESE,M., GREIF,S., SEMMER,N. (Hrsg.): Industrielle Psychopathologie.
Bern: Huber, 1978, 184-215

OVERALL,B. und ARONSON,H.: Expectations of psychotherapy in patients of lower socioeconomic class.
American Journal of Orthopsychiatry 1963, 33, 421-430

PAKESCH,E.: Die Familie als Patient.
Graz: Akademische Druck- und Verlagsanstalt, 1974

PAVEL,F.-G.: Die klientenzentrierte Psychotherapie. Entwicklung - gegenwärtiger Stand - Fallbeispiele.
München: Pfeiffer, 1978

PAYKEL,E.S., PRUSOFF,B.A., KLERMAN,G.L. und DI MASCIO,A.: Self report and clinical interview ratings in depression.
Journal of Nervous and Mental Diseases 1973, 156, 166-182

PAYKEL,E.S.: Life stress and psychiatric disorder: Applications of the clinical approach.
In: DOHRENWEND,B.S. and DOHRENWEND,B.P. (eds.): Stressful life events: Their nature and effects.
New York: Wiley, 1974, 135-149

PAYKEL,E.S., PRUSOFF,B.A., UHLENHUT,E.H.: Scaling of life events.
Archives of General Psychiatry 1971, 25, 340-347

PAYKEL,E.S., UHLENHUT,E.H.: Rating the magnitude of life stress. Canadian Psychiatric Association Journal 1972, 17, 93-100

PELLETIER,K.R.: Theory and applications of clinical biofeedback. Journal of Contemporary Psychotherapy 1975, 7, 29-34

PERLS,F.S.: Gestalt-Therapie in Aktion. Stuttgart: Klett, 1974

PERLS,F.S.: Grundlagen der Gestalt-Therapie. Einführung und Sitzungsprotokolle. München 1976

PERLS,F.S., HEFFERLINE,R.F., GOODMAN,P.: Gestalt-Therapy. Excitement and growth in the human personality. Middlesex 1954

PERREZ,M.: Zum Problem der Relevanzforderungen in der Klinischen Psychologie am Beispiel der Therapieziele. In: ISELER,A. und PERREZ,M. (Hrsg.): Relevanz in der Psychologie. Zur Problematik von Relevanzbegriffen, -forderungen und -behauptungen. München, Basel: Reinhardt, 1976, 139-154

PETERMANN,F. (Hrsg.): Psychotherapieforschung. Ein Überblick über Ansätze, Forschungsergebnisse und methodische Probleme. Weinheim: Beltz, 1977

PETZOLD,H. (Hrsg.): Psychotherapie und Körperdynamik. Verfahren psycho-physischer Bewegungs- und Körpertherapie. Paderborn: Junfermann, 1974

PETZOLD,H.: Das Psychodrama als Methode in der Klinischen Psychotherapie. In: PONGRATZ,L.J. (Hrsg.): Klinische Psychologie. Handbuch der Psychologie. Bd. 8/2. Göttingen: Hogrefe, 1978, 2751-2795

PFLANZ,M.: Sozialer Wandel und Krankheit. Stuttgart: Enke, 1962

PIEPER,M. und GRAWE,S.: VT-Gruppentherapie bei psychosomatischen Erkrankungen. In: DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR VERHALTENSTHERAPIE e.V. (Hrsg.): Verhaltenstherapie - Praxis - Kongreßbericht Berlin 1976. Sonderheft II der "Mitteilungen der DGVT"1977, 159-168

PINNO,D.: Überprüfung der Beziehungen zwischen Farbpyramidentest FPT und Freiburger Persönlichkeitsinventar FPI anhand einer Verlaufsuntersuchung. - Ein Beitrag zur Validität des FPT - Unveröffentl. Diplomarbeit Psychologisches Institut der Universität Freiburg 1972

PLAUM,P.G.: Krankheitstheorien und Behandlungserwartungen psychosomatischer Patienten. Gießen: Med. Diss., 1968

PLAUM,F.G. und STEPHANOS,S.: Die klassischen psychoanalytischen Konzepte der Psychosomatik und ihre Beziehungen zum Konzept der "pensée opératoire".
In: UEXKÜLL,Th.v. (Hrsg.): Lehrbuch der Psychosomatischen Medizin.
München: Urban und Schwarzenberg 1979, 203-216

PLOG,U.: Differentielle Psychotherapie II - Der Zusammenhang von Lebensbedingungen und spezifischen Therapieeffekten im Vergleich von Gesprächspsychotherapie und Verhaltenstherapie.
Bern: Huber, 1976

POHLMEIER,H.: Ergebnisse psychosozialer Forschung zur Rehabilitation - Pensionierung, Alkohol, Freizeit, Belastung, Krankheitsverhalten, Depression.
In: ENKE,H. und POHLMEIER,H. (Hrsg.): Psychosoziale Rehabilitation.
Stuttgart: Hippokrates, 1973, 132-140

POLAK,P.: Pattern of discord: goals of patients, therapists and community members.
Archives of General Psychiatry 1970, 23, 277-283

PONGRATZ,L.J.: Einleitung: Geschichte, Gegenstand, Grundlagen der Klinischen Psychologie.
In: PONGRATZ,L.J. (Hrsg.): Klinische Psychologie. Handbuch der Psychologie. Bd. 8/1.
Göttingen: Hogrefe, 1977, 1-62

PREUSS,H.G.: Was ist und wie wirkt Gruppentherapie.
In: JORES,A. (Hrsg.): Praktische Psychosomatik.
Bern: Huber, 1976, 450-458

PRICE,K.P.: The application of behavior therapy to the treatment of psychosomatic disorders: retrospect and prospect.
Psychotherapy: Theory Research and Practice 1974, 11, 138-155

PRODÖHL,D.: Gelingen und Scheitern ehelicher Partnerschaft.
Göttingen: Hogrefe, 1979

PROKOP,U.: Weiblicher Lebenszusammenhang.
Frankfurt: Suhrkamp, 1976

PSYCHOLOGINNENGRUPPE MÜNCHEN: Spezifische Probleme von Frauen und ein Selbsthilfeansatz.
In: KEUPP,H. und ZAUMSEIL,M. (Hrsg.): Die gesellschaftliche Organisierung psychischens Leidens.
Frankfurt: Suhrkamp, 1978, 221-265

RAD,M.v. und RÜPPELL,A.: Combined inpatient and outpatient group psychotherapy: A therapeutic model for psychosomatics.
Psychotherapy and Psychosomatics 1975, 26, 237-243

RAHE,R.H.: Life crisis and health change.
In: MAY,P.R.A., WHITTENBORN,J.R. (Hrsg.): Psychotropic drugs response: Advances in prediction.
Springfield: Thomas, 1969

RAHE,R.H.: Life change and subsequent illness reports.
In: GUNDERSON,E.K.E. and RAHE,R.H. (Hrsg.): Life, stress and illness.
Springfield: Thomas, 1974, 58-78

RAHE,R.H.: Life changes and near-future illness reports.
In: LEVI,L. (Hrsg.): Society, stress and disease. Vol. 2.
London: Oxford University Press 1975, 511-529

RAHE,R.H.: Epidemiological studies of life change and illness.
International Journal of Psychiatric Medicine 1976, 8, 133-146

RAHE,R.H., TUFFLI,C.F., SUCHOR,H., ARTHUR,R.J.: Group therapy in the outpatient management of post-myocardial infarction patients.
Psychiatry in Medicine 1973, 4, 77-88

RAHE,R.H., O'NEIL,T., HAGAN,A. & ARTHUR,R.J.: Briefgroup therapy following myocardial infarction: Eighteen month follow-up of a controlled trial.
International Journal of Psychiatry in Medicine 1975, 6, 349-358

RAHE,R.H. and ARTHUR,R.J.: Life change and illness studies: Past history and future directions.
Journal of Human Stress 1978, 3-15

REICH,P.: Die Entdeckung des Orgons. Die Funktion des Orgasmus.
Köln 1969, 2. Auflage

REICH,W.: Charakteranalyse.
Frankfurt 1976

REINDELL,A., PETZOLD,E.: Formen und Kriterien für eine Behandlung auf einer klinisch-psychosomatischen Station.
Zeitschrift für Psychotherapie und medizinische Psychologie 1976, 26, 191-199

REINDELL,A., PETZOLD,E., DETER,C., STINDL,E. und HAHN,P.: Simultandiagnostik und Simultantherapie auf einer klinisch-psychosomatischen Station.
Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse 1977, 23, 385-396

RIMM,D.C. und MASTERS,J.C.: Behavior therapy.
New York: Academic Press, 1974

ROESSLER,R., BOLTON,B., MEANS,B. MILLIGAN,T.: The effects of physical, intellectual, and emotional training on rehabilitation clients.
Journal of Applied Rehabilitation Counseling 1975, 6, 106-112

ROGERS,C.R.: A theory of therapy, personality and interpersonal relationships as developed in the client-centered framework.
In: KOCH,S. (Hrsg.): Psychology: A study of a science. Vol.III.
New York 1959, 184-256

ROGERS,C.R.: On becoming a person.
Boston 1961
Deutsch: Entwicklung der Persönlichkeit.
Stuttgart: Klett, 1973

ROGERS,C.R.: Die klient-bezogene Gesprächstherapie.
München: Kindler, 1973

ROGERS,C.R.: Die Kraft des Guten.
München: Kindler, 1978

ROSENBLATT,D., SUCHMAN,E.A.: The underutilization of medical care services by blue-collarites.
In: SHOSTAK,H., GOMBERG,L. (Hrsg.): Blue collar world.
Prentice Hall 1964, 341-349

ROSENBLUM,G.: The new role of the clinical psychologist in a community mental health center.
Community Mental Health Journal 1968, 5, 403-410

ROSENMAN,R.H.: Prospective epidemiological recognition of the candidate for ischemic heart disease.
Psychotherapy and Psychosomatics 1968, 16, 193-201

RUDOLF,G.: Psychosomatik aus poliklinischer Sicht.
Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse 1977, 23, 207-219

SACHSE,R., KRÖNER,B.: Selbstkontrolle von Angst: Die Bedeutung von Entspannung, Wahrnehmung von Angsterregungen und Kognitionen.
Zeitschrift für Klinische Psychologie 1978, 7, 41-59

SACHSE,R.: Praxis der Verhaltensanalyse.
Stuttgart: Kohlhammer, 1979

SANDLER,J., DARE,Ch., HOLDER,A.: Die Grundbegriffe der Psychoanalytischen Therapie.
Stuttgart: Klett, 1973

SANFORD,N.: Is the concept of prevention necessary or useful?
In: GOLANN,G. und EISDORFER,C.: Handbook of community mental health.
New York: Appleton Century Croft, 1972

SARASON,J.G., MONCHAUX,C.de., HUNT,T.: Methodological issues in the assessment of life stress.
In: LEVI,L. (Hrsg.) Emotions- their parameter and measurement.
New York: Rovan Press, 1975, 499-509

SARGENT,J.D.: Biofeddback and Biocybernetics.
In: WITTKOWER,E.D. und WARNES,H. (Hrsg.): Psychosomatic medicine. Its clinical applications.
Hagerstown: Harper & Row, 1977, 166-171

SARGENT,J., GREEN,E. und WALTERS,E.D.: Preliminary report on the use of autogenic feedback training in the treatment of migraine and tension headaches.
Psychosomatic Medicine 1973, 35, 129-135

SAUER,J. und SCHNETZER,M.: Zum Persönlichkeitsbild des Asthmatikers und seiner Veränderung durch unterschiedliche Behandlungsmethoden im Verlauf einer Kur.
Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie 1978, 26, 171-180

SCHABACKER,M., ASCHOFF,R.: Auffassungen und Meinungen von Kurpersonal und Kurpatienten zur Zielsetzung von stationären Heilmaßnahmen der gesetzlichen Rentenversicherungsträger.
Deutsche Rentenversicherung 1976, 13, 366-371

SCHAEFER,H.: Die Gesundheit liegt an uns selbst.
Heilbad und Kurort 1975, 27, 175-179

SCHADE,B.: Psychologische und klinisch-psychosomatische Aspekte der Erholungsforschung.
In: TEICHMANN,W. (Hrsg.): Forschungsmethoden in der Allgemeinen Therapie.
Bad Wörishofen: Sanitas, 1965, 123-130

SCHADE,B.: Erleben und Verhalten der Patienten im Verlaufe einer Kur - Ergebnisse einer teilnehmenden Beobachtung.
In: TEICHMANN,W. (Hrsg.): Symposion II - Kurverlaufs- und Kurerfolgsbeurteilung.
Bad Wörishofen: Sanitas, 1968, 177-182

SCHAEFER,H.: Die Medizin in unserer Zeit.
München: Piper, 1963, 2. Auflage

SCHAEFER,H. und BLOHMKE,M.: Sozialmedizin. Einführung in die Ergebnisse und Probleme der Medizin-Soziologie und Sozialmedizin.
Stuttgart: Thieme, 1972

SCHAEFER,H., BLOHMKE,M.: Herzkrank durch psychosozialen Streß.
Heidelberg: Hüthig, 1977

SCHAEFER,H. und HEINEMANN,H.: Modelle sozialer Einwirkungen auf den Menschen (Sozialphysiologie).
In: BLOHMKE,M. u.a. (Hrsg.): Grundlagen und Methoden der Sozialmedizin. Handbuch der Sozialmedizin. Bd. I.
Stuttgart: Enke, 1975, 92-130

SCHAUWECKER,W.: Die Beeinflussung der Übergewichtigkeit als präventivmedizinische Aufgabe von Vorsorgekuren.
Arbeitsmedizin-Sozialmedizin-Arbeitshygiene 1967, 2, 333

SCHAUWECKER,W.: Gesundheitserziehung.
In: BLOHMKE,M. u.a. (Hrsg.): Sozialmedizin in der Praxis. Handbuch der Sozialmedizin. Bd. III.
Stuttgart: Enke, 1976, 46-65

SCHEER,J.W., MOELLER,M.L.: Krankheitskonzepte psychotherapeutischer Patienten.
Medizinische Psychologie 1976, 1, 13-29, 30-48

SCHLACK,H.: Differentialdiagnostische Erwägungen zur sogenannten vegetativen Dystonie.
Ärztliche Fortbildung 1964, 9, 729-734

SCHMIDT,L.R. und BECKER,D.: Psychogene Störungen.
In: PONGRATZ,L.J. (Hrsg.): Klinische Psychologie. Handbuch der Psychologie. Bd. 8/1.
Göttingen: Hogrefe, 1977, 330-434

SCHMIDT,L.R. (Hrsg.): Lehrbuch der Klinischen Psychologie.
Stuttgart: Enke, 1978

SCHMIDT,L.R.: Klassifikationssysteme und -probleme.
In: SCHMIDT,L.R. (Hrsg.): Lehrbuch der Klinischen Psychologie.
Stuttgart: Enke, 1978, 82-99

SCHMIDT,L.R., KESSLER,B.H.: Anamnese. Methodische Probleme, Erhebungsstrategien und Schemata.
Weinheim: Beltz, 1976

SCHNEEWIND,K.A. (Hrsg.): Wissenschaftstheoretische Grundlagen der Psychologie.
München: Reinhardt, 1977

SCHOLZ,J.F. und JOCHHEIM,K.A.: Rehabilitationsmedizin.
In: JOCHHEIM,K.A. und SCHOLZ,J.F. (Hrsg.): Rehabilitation.
Bd. I: Gesetzliche Grundlagen, Methoden und Maßnahmen.
Stuttgart: Thieme, 1975, 52-62

SCHONECKE,O.W.: Verhaltenstheoretisch orientierte Therapieform in der psychosomatischen Medizin.
In: UEXKÜLL,Th.v. (Hrsg.): Lehrbuch der Psychosomatischen Medizin.
München: Urban und Schwarzenberg, 1979, 389-407

SCHOTT,F., LASS,U.: Zur Stabilität des Freiburger Persönlichkeitsinventars und zur Selbsteinschätzung auf den FPI-Skalen.
Unveröffentl. Diplomarbeit, Psychologisches Institut der Universität Freiburg, 1970

SCHÜPPENHAUER,H.: Untersuchungen über den Kurerfolg von Nordsee-Klimakuren bei chronischer Bronchitis und Asthma.
Zeitschrift für Physikalische Medizin 1970, 1, 324-343

SCHULTE,D. (Hrsg.): Diagnostik in der Verhaltenstherapie.
München: Urban und Schwarzenberg, 1974

SCHUR,M.: Comments on the metapsychology of somatization.
In: The Psychoanalytic Study of the Child 1955,10, 119-164.
Deutsch: Zur Metapsychologie der Somatisierung.
In: BREDE,K. (Hrsg.): Einführung in die Psychosomatische Medizin.
Klinische und theoretische Beiträge.
Frankfurt: Athenäum Fischer, 1974, 335-395

SCHWABE,CW.: Musiktherapie bei Neurosen und funktionellen Störungen.
Stuttgart: Fischer, 1972, 2. Auflage

SCHWARTZ,H.J.: Bedingungen des Behandlungseffekts in Anfangsgesprächen.
Hamburg: Phil. Diss., 1975

SCHWARTZ,H.J. und ECKERT,J.: Zwei Arbeiten zur Prozeßforschung: Ergebnisse und Implikationen.
In: JANKOWSKI,P., TSCHEULIN,D., FIETKAU,H.J. und MANN,F. (Hrsg.): Klientenzentrierte Psychotherapie heute.
Göttingen: Hogrefe, 1976, 110-116

SCHWARTZ,H.J., ECKERT,J., BABEL,M. und LANGER,I.: Prozeßmerkmale in psychotherapeutischen Anfangsgesprächen: Eine Analyse neuer Merkmalskonzepte.
Zeitschrift für Klinische Psychologie 1978, 7, 65-71

SCHWARTZ,K.: Beziehungen zwischen Krankheit, Persönlichkeit und Sozialfeld.
Frankfurt: Med. Diss., 1974

SCHWIDDER,W.: Diagnose und differentielle Indikation in der klinischen Psychotherapie.
In: SPEER,E. (Hrsg.): Aktuelle Psychotherapie.
München: Lehmann, 1958

SEIFERT,K.H.: Psychologische und soziologische Grundlagen der Rehabilitation.
In: SEIFERT,K.H. (Hrsg.): Handbuch der Berufspsychologie.
Göttingen: Hogrefe, 1977, 628-671

SELIGMAN,M.E.P.: Helplessness.
San Francisco: Freeman, 1975

SELVER,C., BROOKS,C.: Sensory Awarness.
In: PETZOLD,H. (Hrsg.): Psychotherapie und Körperdynamik.
Paderborn: Junfermann, 1974, 59-78

SEMMER,N., PFÄFFLIN,M.: Streß und das Training sozialer Kompetenz.
In: BÖSEL,R.: Streß: Einführung in die psychosomatische Belastungsforschung.
Hamburg: Hoffmann und Campe, 1978a

SEMMER,N., PFÄFFLIN,M.: Interaktionstraining. Ein handlungstheoretischer Ansatz zum Training sozialer Fertigkeiten.
Weinheim: Beltz, 1978b

SEUBERT,E.: Gegenwärtiger Stand der Präventionsforschung.
In: PONGRATZ,L.J. (Hrsg.): Klinische Psychologie. Handbuch der Psychologie. Bd. 8/2.
Göttingen: Hogrefe, 1978, 3172-3207

SHANDS,H.C.: How are, 'psychosomatic' patients different from, 'psychoneurotic' patients?
Psychotherapy and Psychosomatics 1975, 26, 270-285

SHLIEN,J.M.: Cross-theoretical criteria for the evaluation of psycho-therapy.
American Journal of Psychotherapy 1966, 20, 125-134

SIEGRIST,B.: Die Veränderung von Persönlichkeitseigenschaften im Verlauf einer Kur. Eine Psychodiagnostische Untersuchung zum Kureffekt unter besonderer Berücksichtigung der subjektiven Befindensstörung des Patienten.
Unveröffentl. Diplomarbeit, Psychologisches Institut der Universität Freiburg, 1971

SIEGRIST,J.: Soziokulturelle Einflüsse auf die Krankheit.
In: BLOHMKE,M. u.a. (Hrsg.): Grundlagen und Methoden der Sozialmedizin. Handbuch der Sozialmedizin. Bd. I.
Stuttgart: Enke, 1975

SIEGRIST,J., BERTRAM,H.: Schichtenspezifische Variationen des Krankheitsverhaltens.
Soziale Welt 1970/71, 21/22, 206-218

SIFNEOS,P.H.: The prevalence of "alexithymic" characteristics in psychosomatic patients.
Psychotherapy and Psychosomatics 1973, 22, 255-262

SOMMER,G.: Kompetenzerwerb in der Schule als Primäre Prävention.
In: SOMMER,G. und ERNST,H. (Hrsg.): Gemeindepsychologie. Therapie und Prävention in der sozialen Umwelt.
München: Urban und Schwarzenberg, 1977, 70-98

SOMMER,G. und ERNST,H. (Hrsg.): Gemeindepsychologie.
Therapie und Prävention in der sozialen Umwelt.
München: Urban und Schwarzenberg, 1977

SOMMER,G., KOMMER,B., KOMMER,D., MALCHOW,C. und QUACK,L.: Gemeindepsychologie.
In: PONGRATZ,L.J. (Hrsg.): Klinische Psychologie. Handbuch der Psychologie. Bd. 8/2.
Göttingen: Hogrefe, 1978, 2913-2979

SPITZER,R.L. und KLEIN,D.F. (Eds.): Evaluation of psychological therapies: Psychotherapies behavior therapies, drug therapies, and their interactions: Proceedings of the Sixty-fourth Annual Meeting of the American Psychopathological Association.
Baltimore: Hopkins, 1976

STADTLER,E.: Verlauf und Rhythmik von Befinden, Kreislauf und Atmung während eines vierwöchigen Frühheilverfahrens in Buching im Allgäu.
München: Med. Diss. 1971

STAPF,K.-H., HERRMANN,T., STAPF,A. und STÄCKER,K.-H.: Psychologie des elterlichen Erziehungsstils.
Stuttgart: Klett, 1972

STEELE,R.L.: Humanistic Psychology and rehabilitation programs in mental hospitals.
American Journal of Occupational Therapy 1976, 30, 358-361

STEINMANN,G., NORDMEYER,J., DENEKE,F.-W. und KEREKJARTO,M.v.: Nonverbale Kommunikation zwischen Arzt und Patient während der Visite.
Medizinische Psychologie 1977, 4, 53-80

STEPHANOS,S.: Analytisch-psychosomatische Methode und Ergebnisse einer stationären Behandlung durch eine Therapeutengruppe.
Bern: Huber, 1973

STEPHANOS,S.: A concept of analytical treatment for patients with psychosomatic disorders: Report on the psychosomatic phenomen and its consequences for therapy.
Psychotherapy and Psychosomatics 1975, 26, 178-187

STEPHANOS,S.: Therapiebezogene Forschung in der psychosomatischen Medizin.
Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse 1978, 24, 180-186

STEPHANOS,S.: Das Konzept der "pensée opératoire" und das "psychosomatische Phänomen".
In: UEXKÜLL, Th.v. (Hrsg.): Lehrbuch der Psychosomatischen Medizin.
München: Urban und Schwarzenberg, 1979a, 217-241

STEPHANOS,S.: Theorie und Praxis der analytisch-psychosomatischen Therapie (Ergebnisse eines experimentellen stationären Behandlungsmodells).
In: UEXKÜLL,Th.v. (Hrsg.): Lehrbuch der Psychosomatischen Medizin.
München: Urban und Schwarzenberg 1979b, 368-388

STEPHANOS,S., BIEBL,W., PLAUM,F.G.: Die ambulante analytisch orientierte Psychotherapie bei Patienten mit psychosomatischen Störungen. Erfahrungsbericht über die "relaxation analytique". Zeitschrift für Psychotherapie und medizinische Psychologie 1976, 26, 33-43

STIERLIN,H.: Von der Psychoanalyse zur Familientherapie: Theorie, Klinik.
Stuttgart: Klett, 1975

STIERLIN,H.: Rolle und Auftrag.
Familiendynamik 1976, 1, 36-59

STIERLIN,H., RÜCKER-EMDEN,I., WETZEL,N., WIRSCHING,M.: Das erste Familiengespräch. Theorie-Praxis-Beispiele.
Stuttgart: Klett-Cotta, 1977

STOCKSMEIER,U.: Erleben und Verhalten der Patienten im Verlaufe einer Kur - Ergebnisse der experimentellen Untersuchungen.
In: TEICHMANN,W. (Hrsg.): Symposion II: Kurverlaufs- und Kurerfolgsbeurteilung.
Bad Wörishofen: Sanitas, 1968, 177-184

STOCKSMEIER,U.: Leistungspsychologische Erhebungen an Rheumakranken.
Göttingen: Hogrefe, 1973

STOLLBERG,R.: Arbeitszufriedenheit - theoretische und praktische Probleme.
Berlin DDR: Dietz, 1968

STRAUSS,A.L.: Medical organization, medical care and lower income groups.
Social Science and Medicine 1969, 3, 144-177

STRAUSS,J.S.: Social and cultural influences on psychopathology.
Annual Review of Psychology 1979, 30, 397-415

STROBEL,W. und HUPPMANN,G.: Musiktherapie. Grundlagen - Formen - Möglichkeiten.
Göttingen: Hogrefe, 1978

STROEBEL,H.: Bemerkungen zum Begriff Rehabilitation.
In: JOCHHEIM,K.-A. und SCHOLZ,J.F. (Hrsg.): Rehabilitation. Bd. I: Gesetzliche Grundlagen, Methoden und Maßnahmen.
Stuttgart: Thieme, 1975, 4-8

STROTZKA,H.: Einführung in die Sozialpsychiatrie.
Reinbeck: Rowohlt, 1965

STROTZKA,H. (Hrsg.): Neurose, Charakter, soziale Umwelt.
München: Kindler, 1973

STROTZKA,H. (Hrsg.): Psychotherapie: Grundlagen, Verfahren, Indikationen.
München: Urban und Schwarzenberg, 1978a, 2. Auflage

STROTZKA,H.: Psychotherapie psychosomatischer Krankheiten.
In: STROTZKA,H. (Hrsg.): Psychotherapie: Grundlagen, Verfahren, Indikationen.
München: Urban und Schwarzenberg, 1978b, 2. Auflage, 518-524

STRUPP,H.H. und BERGIN,A.E.: Critical evaluation of some empirical and conceptual bases for coordinated research in psychotherapy: a critical review of issuses, trends and evidence.
International Journal of Psychiatry 1969, 7, 116-168

SÜSS,H.J. und MARTIN,K.: Gestalttherapie.
In: PONGRATZ,L.J. (Hrsg.): Klinische Psychologie. Handbuch der Psychologie. Bd. 8/2.
Göttingen: Hogrefe, 1978, 2725-2747

TAUSCH,C.: Erleben und Auswirkungen personenzentrierter Gesprächsgruppen bei Lehrern.
Unveröffentl. Diplomarbeit, Universität Hamburg, Fachbereich Psychologie, 1978

TAUSCH,R. und TAUSCH,A.: Personenzentrierte Gesprächspsychotherapie.
In: PONGRATZ,L.J. (Hrsg.): Klinische Psychologie, Handbuch der Psychologie, Bd. 8/2.
Göttingen: Hogrefe, 1978, 1911-1954

TAUSCH,R., TAUSCH,A.: Gesprächspsychotherapie. Einfühlsame hilfreiche Gruppen- und Einzelgespräche in Psychotherapie und alltäglichem Leben.
Göttingen: Hogrefe, 1979, 7. Auflage

TAUSCH,R., SCHULZ von THUN,F.: Klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie.
In: SCHRAML,W.J. und BAUMANN,U. (Hrsg.): Klinische Psychologie I.
Bern: Huber, 1975, 3. Auflage

THOMA,P.: Psychische Erkrankung und Gesellschaft.
Frankfurt: Campus, 1978

TITZE,B.: Den Menschen verändern heißt seine Ziele verändern.
Psychologie heute 1977a, 4, 35-41

TITZE,B.: Persönliche Mitteilung 1977b

TRÄGERT,J.: Folgerungen aus einem Querschnittvergleich von Gesunden und Kreislaufkranken für epidemiologische Längsschnittstudien.
Zeitschrift für Kreislaufforschung 1970, 59, 744-756

TRÄGERT,J.: Diagnostische Probleme in der Rehabilitation von Kreislaufkranken.
Forschungsbericht des Landes NRW. Köln-Opladen 1971

TREPPENHAUER,A.: Emanzipatorische Psychologie-Probleme einer Wissenschaft vom Subjekt.
Frankfurt 1976

TROSCHKE,J.v.: Psychische Probleme und soziales Verhalten von Kurpatienten.
In: ENKE,H. und POHLMEIER,H. (Hrsg.): Psychosoziale Rehabilitation.
Stuttgart: Hippokrates, 1973, 70-82

TROSCHKE,J.v.: Über Aufwand und Effizienz der Gesundheitserziehung in der Bundesrepublik Deutschland.
Medizinische Klinik 1976, 71, 2085-2089

TROSCHKE,J.v.: Krankheitsverhalten und Selbstmedikation.
Öffentliches Gesundheitswesen 1978, 40, 1973-1979

TROSCHKE,J.v. und SCHMÄDEL,D.: Die Kur aus der Sicht des medizinischen Personals. (Vorläufiger Bericht).
Unveröffentl. Ulm 1972

TUNNER,W.: Angst, Angstabwehr und ihre therapeutische Veränderung.
In: PONGRATZ,L.J. (Hrsg.): Klinische Psychologie. Handbuch der Psychologie. Bd. 8/2.
Göttingen: Hogrefe 1978, 2231-2268

TUNNER,W., BÜTTERMANN,M., MÜNZEL,K. und WILDGRUBER,C.: Kausale Attribution und Probehandlung - Eine Therapie-Studie zur Kombination der Methoden.
Zeitschrift für Klinische Psychologie 1978b, 7, 207-229

TURNER,R.J., GARTRELL,J.W.: Social factors in psychiatric autcome: Toward the resolution of interpretative controversies.
American Sociological Review 1978, 43, 368-382

ÜBERLA,K.: Faktorenanalyse. Eine systematische Einführung für Psychologen, Mediziner, Wirtschafts- und Sozialwissenschaftler.
Berlin: Springer, 1971

UEXKÜLL,Th.v. (Hrsg.): Lehrbuch der Psychosomatischen Medizin.
München: Urban und Schwarzenberg, 1979

UEXKÜLL,Th.v.: Psychophysiologie.
In: UEXKÜLL,Th.v. (Hrsg.): Lehrbuch der Psychosomatischen Medizin.
München: Urban und Schwarzenberg 1979a, 95-134

UEXKÜLL,Th.v.: Funktionelle Syndrome in der inneren Medizin.
In: UEXKÜLL,Th.v. (Hrsg.): Lehrbuch der Psychosomatischen Medizin.
München: Urban und Schwarzenberg, 1979b, 453-463

UHLENHUT,E.H., PAYKEL,E.S.: Symptom intensity and life events.
Archives of General Psychiatry 1973, 28, 473-477

ULLMANN,L.P., KRASNER,L.: A psychological approach to abnormal behavior.
Prentice-Hall 1975, 2. Auflage

ULLRICH de MUYNCK,R. und FORSTER,T.: Selbstsicherheitstraining.
In: KRAIKER,Ch. (Hrsg.): Handbuch der Verhaltenstherapie.
München: Kindler, 1974, 351-368

ULLRICH de MUYNCK,R. und ULLRICH,R.: Einübung in Selbstvertrauen und soziale Kompetenz. 3 Bände.
München: Pfeiffer, 1976

VAITL,D.: Entspannungstechniken.
In: PONGRATZ,L.J. (Hrsg.): Klinische Psychologie. Handbuch der Psychologie. Bd. 8/2.
Göttingen: Hogrefe, 1978, 2104-2143

VANDERGOOT,D.: Further evidence of the factorial validity of the Service Qutcome Measurement Form.
Rehabilitation Counseling Bulletin 1976, 20, 144-147

VERBAND DEUTSCHER RENTENVERSICHERUNGSTRÄGER (Hrsg.): Die Leistungen zur Rehabilitation und die zusätzlichen Leistungen in der gesetzlichen Rentenversicherung im Jahre 1977.
Frankfurt: Verband deutscher Rentenversicherungsträger, 1979

VOLPERT,W.: Handlungsstrukturanalyse.
Köln: Pahl Rugenstein, 1974

WAGENFELD,M.O.: The primary prevention of mental illness.
Journal of Health and Social Behavior 1972, 13, 195-203

WAGNER,H.: Vergleiche der Arbeitsfähigkeit vor und nach einem Kuraufenthalt.
Deutsches Gesundheitswesen 1965, 46, 2070-2073

WALLNÖFER,H.: Psychotherapie im Kurort. Zentralarchiv für Physiotherapie und Forschungsstelle des Kneippärztebundes - Ärztliche Gesellschaft für Physiotherapie e.V., Bad Wörishofen (Hrsg.): Zentralarchiv für Physiotherapie. Bd. II.
Uelzen: Medizinisch-literarische Verlagsgesellschaft, 1972, 71-80

WALLS,R.T. und TSENG,M.S.: Measurement of client outcomes in rehabilitation.
In: BOLTON,B. (Hrsg.): Handbook of measurement and evaluation in rehabilitation.
Baltimore, University Park Press, 1976, 207-225

WANNENWETSCH,E.: Der Kurerfolg im Spiegel der Zahlen.
Arbeitsmedizin - Sozialmedizin - Arbeitshygienie 1967, 12, 450-453

WANNENWETSCH,E.: Zur Problematik des Kurerfolges.
Der Medizinische Sachverständige 1969, 65, 9-13

WANNENWETSCH,E.: Zur Methodik der Kurerfolgsbeurteilung.
Ärztliche Praxis 1971, 23, 2765-2768

WANNENWETSCH,E.: Der meßbare Kurerfolg.
Deutsches Ärzteblatt 1973, 70, 1938-1941

WANNENWETSCH,E.: Der Erfolg in der Rehabilitation - eine kritische Analyse.
Zeitschrift für Allgemeinmedizin 1974, 50, 1131-1133

WATZLAWICK,P., WEAKLAND,J.H., FISCH,R.: Lösungen. Zur Theorie und Praxis menschlichen Wandels.
Bern: Huber, 1974

WEBER,K.: Psychosomatische Medizin in der täglichen Sprechstunde.
Therapeutische Umschau 1975, 32, 707-712

WEBER,H. und MÜLLER,W.: Sozialmedizinische Untersuchungen über die Effekte von Heilmaßnahmen.
Medizin 1977, 5, 7, 971-984

WEDEL,S. und GRAWE,K.: Die differentiellen Effekte eines standardisierten Assertive-Trainings in Gruppen bei neurotisch gehemmten psychiatrischen Patienten.
Manuskript 1977

WEINSTEIN,N.D.: Cognitive processes and information seeking concerning an environmental health threat.
Journal of Human Stress 1978, 32-42

WEISS,J.M: Influence of psychological variables on stress-induced pathology.
In: CIBA SYMPOSION 8: Physiology, emotion and psychosomatic illness.
Amsterdam: Elsevier, 1972

WEISS,J.M.: The current state of the concept of a psychosomatic disorder.
International Journal of Psychiatry in Medicine 1974, 5, 473-482

WEIZSÄCKER,V.v.: Körpergeschehen und Neurose, analytische Studie über somatische Symptombildung.
Stuttgart: Klett, 1947

WELSCH,M.: Multivariable Erfassung von Rehabilitationsverläufen.
Freiburg: Phil.Diss., 1980

WESIACK,W.: Einführung in die psychosomatische Medizin.
In: LOCH,W. (Hrsg.): Die Krankheitslehre der Psychoanalyse.
Stuttgart: Hirzel, 1971, 2. Auflage, 235-301

WESIACK,W.: Anmerkungen zum Verständnis und zur Behandlung der funktionellen Syndrome.
Therapiewoche 1976, 26, 989

WESIACK,W.: Psychoanalyse und psychoanalytisch orientierte Therapieverfahren.
In: UEXKÜLL,Th.v. (Hrsg.): Lehrbuch der Psychosomatischen Medizin.
München: Urban und Schwarzenberg, 1979, 349-360

WESLEY,F., WESLEY,C.: Sex-Role Psychology.
New York: Human Sciences Press, 1977.
Deutsch: Das Rollendiktat. Zur Psychologie der Geschlechter.
Frankfurt: Fischer, 1978

WESTMEYER,H.: Logik der Diagnostik. Grundlagen einer normativen Diagnostik.
Stuttgart: Kohlhammer, 1972

WESTMEYER,H.: Zum Problem der Prüfung von Relevanzbehauptungen.
In: ISELER,A. und PERREZ,M. (Hrsg.): Relevanz in der Psychologie. Zur Problematik von Relevanzbegriffen, -forderungen und -behauptungen.
München: Reinhardt, 1976a, 157-188

WESTMEYER,H.: Verhaltenstherapie: Anwendung von Verhaltenstheorien oder kontrollierte Praxis.
In: GOTTWALD,P. und KRAIKER,Ch.: Zum Verhältnis von Theorie und Praxis in der Psychologie.
Sonderheft I der "Mitteilungen der GVT e.V.", 1976b, 9-31

WEYER,G. und HODAPP,V.: Entwicklung von Fragebogenskalen zur Erfassung der subjektiven Belastung.
Archiv für Psychologie 1975, 127, 161-188

WEYER,G. und HODAPP,V.: Subjektive Belastung und Kindheitserinnerungen bei Patienten mit essentieller Hypertonie.
Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie 1976, 24, 76-88

WHEATON,B.: The sociogenesis of psychological disorder: reexamining the causal issues with longitudinal data.
American Sociological Review 1978, 43, 383-403

WHITEHOUSE,F.E.: The concept of therapy: A review of some essentials.
In: MARINELLI,R.P., DELL ORTO,A.E.: The psychological and social impact of physical disability.
New York: Springer, 1977, 299-318

WIEDEMANN,E.: Rehabilitation und Medizin.
In: AUGSBURGER,W. u.a.: Rehabilitation. Praxis und Forschung.
Berlin: Springer, 1977, 1-15

WIGGINS,J.S.: Personality and prediction. Principles of personality assessment.
Reading, Mass.: Addison-Wesley, 1973

WILKE,E.: Tanz Erfahrung jenseits der Sprache.
Psychologie heute 1978, 5, 15-21, 24-25

WILLNER,C.S.: The effect of choice of treatment on weight loss: A comparison of three treatment approaches for the problem of abesity.
Dissertation Abstracts International 1977, 37, 4175-4176

WITTICH,G.H.: Mehrdimensionale integrierte Gruppentherapie.
Gruppenpsychotherapie in Klinik und Praxis 1967, 59-64

WITTKOWER,E.D., WARNES,W. (Hrsg.): Psychosomatic medicine. Its clinical applications.
Hagerstown: Harper and Row, 1977

WOLFRAM,H. und MOLTZ,A.: Zur Brauchbarkeit des Freiburger Persönlichkeitsinventars (FPI) für die Neurosendiagnostik.
In: HELM,J., KASIELKE,E. und MEHL,J. (Hrsg.): Neurosendiagnostik.
Berlin: VEB Deutscher Verlag der Wissenschaften, 1974, 75-107

WRIGHT,B.A.: Social-psychological leads to enhance rehabilitation effectiveness.
Rehabilitation Counseling Bulletin 1975, 18, 214-223

ZAMANI,R.: Treatment of migraine headache trough operant conditioning of vasoconstriction of the extracranial temporal artery (biofeedback), and trough deep muscle relaxation.
Doctoral dissertation, Univ. Minnesota 1974. Dissertation Abstracts international 1974, 35, 3046-B.

ZEPF,S.: Funktionelle Syndrome und ärztliches Gespräch.
Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse 1972, 18, 145-160

ZEPF,S.: Die Sozialisation des psychosomatisch Kranken.
Frankfurt: Campus, 1976a

ZEPF,S.: Grundlinien einer materialistischen Theorie psychosomatischer Erkrankung.
Frankfurt: Campus, 1976b

ZIELKE,M.: Validierung eines therapiebezogenen Veränderungsfragebogens für die Gesprächspsychotherapie an einer klinischen Klientenstichprobe.
Diagnostica 1978, 24, 89-102

ZIELKE,M.: Indikation zur Gesprächspsychotherapie.
Stuttgart: Kohlhammer, 1979

ZIMMER,D.: Die Bedeutung kommunikationstheoretischer Prinzipien für die Therapeut-Klient-Beziehung in der Verhaltenstherapie.
In: DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR VERHALTENSTHERAPIE e.V. (Hrsg.): Sonderheft I der "Mitteilungen der DGVT" 1978, 86-96

ZIMMERMANN,W.: Krankenstand, deutsche Verhältnisse.
In: BLOHMKE,M. u.a. (Hrsg.): Sozialmedizin in der Praxis. Handbuch der Sozialmedizin. Bd. III.
Stuttgart: Enke, 1976, 120-141

Lebenslauf

Am 5. Juni 1945 wurde ich als sechstes von sieben Kindern des Landwirts Eugen Fersching und seiner Ehefrau Theresia Fersching, geb. Scheuring, in Odenheim (Krs. Bruchsal) geboren.

Ich besuchte von 1952 bis 1960 die Volksschule in Odenheim.

Von 1960 bis 1963 erlernte ich bei der Firma Siemens, Bruchsal, den Beruf des Feinmechanikers und besuchte im Rahmen dieser Ausbildung die Gewerbliche Berufsschule in Bruchsal.

Nach Abschluß dieser Ausbildung war ich bei derselben Firma von Oktober 1963 bis Februar 1966 als Vorarbeiter in der elektronischen Fertigung beschäftigt.

Nach Absolvierung eines Vorbereitungskurses besuchte ich von Mai 1966 bis März 1969 die Staatlich anerkannte Höhere Fachschule für Sozialarbeit des Deutschen Caritasverbandes in Freiburg, um die Ausbildung zum Sozialarbeiter zu absolvieren. Den theoretischen Teil dieser Ausbildung beendete ich mit der Abschlußprüfung im März 1969. Die Gesamtausbildung schloß ich im April 1970 nach Ableistung eines einjährigen Berufspraktikums und mit Erhaltung der staatlichen Anerkennung ab. Im Verlauf der Sozialarbeiterausbildung und in der Zeit danach eignete ich mir -im Hinblick auf ein beabsichtigtes Studium an der Universität- über Abendkurse und Eigenstudium Englisch- und Mathematik-Kenntnisse an. Mit dem Abschluß der Höheren Fachschule für Sozialarbeit erlangte ich die Hochschulreife.

Von Mai 1970 bis Mai 1972 war ich beim Katholischen Sozialen Bildungswerk Freiburg als Referent für politisch-soziale Bildungsarbeit für junge Arbeitnehmer beschäftigt.

Vom Wintersemester 1971/72 bis zum Sommersemester 1976 studierte ich an der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg im Hauptfach Psychologie (Nebenfächer Pädagogik, Psychopathologie und Kriminologie). Im Herbst 1976 legte ich die Diplom-Hauptprüfung für Psychologen ab.

Am Psychologischen Institut der Universität Freiburg, Klinisch-pädagogische Gruppe, war ich von Oktober 1977 bis Februar 1979 als wissenschaftliche Hilfskraft beschäftigt. Von 1975 bis 1980 absolvierte ich die Ausbildung zum Gesprächspsychotherapeuten.

Seit März 1979 bin ich bei der Erziehungsberatungsstelle des Landkreises Emmendingen beschäftigt. Ich bin verantwortlicher Klinischer Psychologe der Nebenstelle Waldkirch.

Ich bin seit dem 29. Dezember 1967 mit Regina Fersching, geb. Rei-

sacher, Diplom-Sozialpädagogin, verheiratet. Wir haben zwei Töchter im Alter von 10 und 8 Jahren.

Diese Arbeit wurde teilweise durch das
Cusanuswerk, Bonn-Bad Godesberg, gefördert.

KRAUSE-DRUCK
Freiburg und Umkirch